

Bonifanti, Paula

Factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Cardozo, Griselda Patricia del Valle

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5



Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“Factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras”.

Bonifanti Paula

2020

“FACTORES EMOCIONALES VINCULADOS A LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DEL
DOLOR EN PERSONAS INTERNADAS POR QUEMADURAS”.



FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES.

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

TRABAJO INTEGRADOR FINAL.

Modalidad: Sistematización de prácticas.

Contexto: Clínico.

**“FACTORES EMOCIONALES VINCULADOS A LA EXPERIENCIA
SUBJETIVA DEL DOLOR EN PERSONAS INTERNADAS POR
QUEMADURAS”.**

Autora: Paula Bonifanti.

Directora: Dra. Griselda Cardozo.

Córdoba, 2020.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, de sangre y de corazón, que juntos o a la distancia me han brindado todo su apoyo y amor, tan incondicional en estos años de formación y crecimiento lejos de casa.

A mis amigos y amigas, del pueblo, de la facultad y de la vida, mi segunda familia. Cada uno tan esencial para mí, han sabido sostenerme y acompañarme en cada momento.

A la Universidad Católica de Córdoba, a cada docente y compañero que ha aportado de sí para ayudar a construirme como profesional. Con una mención especial a la Mgter. Elizabeth Jorge, mi tutora de contexto, y a mis compañeras de supervisión, que han sido fundamentales en mi año de prácticas.

A la Dra. Griselda Cardozo, por su acompañamiento desde el primer día de Prácticas Profesionales Supervisadas, hasta el logro de cada detalle en este Trabajo Integrador Final. Gracias por su guía y dedicación.

Al Hospital Córdoba, por recibirme con los brazos abiertos y brindarme un hermoso espacio de aprendizaje. A cada uno de sus profesionales, que de manera desinteresada han dedicado su tiempo y paciencia a formarme, dándome libertad y confianza.

A la Lic. Marisa Saino, que con su cariño y dedicación me ha aportado tanto, como profesional y como persona. Gracias por abrirme las puertas del Servicio de Quemados, por enseñarme sobre la gran labor que desde la psicología podemos desempeñar en este espacio.

A cada usuario o paciente que ha abierto su alma conmigo, dándome la enorme oportunidad de aprender.

Y a cada persona que, de una manera u otra, haya colaborado en el desarrollo de este trabajo, que con gran orgullo he logrado.

¡Gracias!

Paula.

ÍNDICE

Índice de siglas.....	8
1. Introducción.....	9
2. Contexto de práctica.....	10
3. Contexto institucional	16
3.1. Hospital Córdoba: historia y actualidad.....	17
3.2. La salud mental en el Hospital Córdoba.....	20
4. Eje de sistematización.....	23
5. Objetivos.....	25
6. Perspectiva teórica.....	27
6.1. Quemaduras: concepto, tipos y tratamiento.....	28
6.2. Dolor.....	30
6.2.1. Concepto.....	30
6.2.2. Sistema nervioso y dolor.....	31
6.2.3. Antecedentes y modelos teóricos.....	33
6.2.4. Clasificación del dolor: duración, intensidad y localización.....	35
6.2.5. Dolor en quemados.....	37
6.3. Factores emocionales.....	39
6.3.1. Miedo, ansiedad y depresión.....	43
6.4. El rol del psicólogo clínico en el tratamiento de pacientes quemados.....	48
7. Modalidad de trabajo.....	52
8. Análisis de la experiencia.....	56

8.1. Recuperación del proceso vivido.....	57
8.2. Análisis de datos.....	71
8.2.1. Caracterización del dolor a lo largo de la internación.....	71
8.2.2. Manifestaciones de los factores emocionales y su vinculación con la experiencia de dolor.....	79
8.2.2.1. Miedo.....	82
8.2.2.2. Ansiedad.....	85
8.2.2.3. Depresión.....	90
8.2.3. El efecto de las intervenciones del psicólogo clínico en la evolución de las pacientes.....	96
9. Conclusiones.....	110
Referencias.....	115

ÍNDICE DE SIGLAS

- %SCQ: Porcentaje de Superficie Corporal Quemada.
- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
- CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.
- CUD: Certificado Único de Discapacidad.
- IASP: International Association for the Study of Pain (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor).
- IQ: Instituto del Quemado.
- UCI: Unidad de Cuidados Intermedios.
- UTI: Unidad de Terapia Intensiva.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final surge a partir de las actividades realizadas en el marco de la cátedra Práctica Profesional Supervisada, de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, lo cual se constituye como requisito para la finalización de la carrera. Este escrito retoma, desde el contexto clínico, la sistematización de la experiencia de prácticas llevada a cabo en el nosocomio público, provincial y polivalente, “Hospital Córdoba”, en los meses de abril a noviembre del año 2019. Se desprende, particularmente, de la participación en intervenciones y seguimiento de pacientes internados en el Servicio de Quemados de dicha institución, a raíz de haber sufrido diferentes tipos de quemaduras. Se apuntará específicamente a analizar los factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva de dolor de estas personas.

El trabajo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, se presenta el contexto de práctica que apunta a conocer brevemente el proceso histórico y social de conformación de la práctica profesional, y comprender los lineamientos en los que se basa el desempeño del rol. En un segundo momento, el contexto institucional, que tiene como finalidad enmarcar las vivencias a partir de una presentación de la institución en la que se llevaron a cabo las actividades, su historia, su situación actual y el trabajo desde salud mental en la misma. Posteriormente, se postula el eje de sistematización como hilo conductor de este trabajo. Luego los objetivos, tanto general como específicos, que se pretende alcanzar. A continuación, se desarrolla la perspectiva o marco teórico, con la intención de definir los conceptos centrales que resulte fundamental comprender en relación a la temática abordada. Siguiendo con la metodología o modalidad de trabajo, detallando la población, herramientas de recolección de datos y aspectos éticos. Hacia el final, se realiza un análisis de la experiencia, a partir de la recuperación del proceso vivido, en función de la lectura y ordenamiento de los registros diarios. En este apartado se incluye, a su vez, una segunda instancia que abarca el análisis en sí mismo de la información recabada a lo largo de la práctica, la cual se pondrá en relación con la teoría, logrando así el cumplimiento de los objetivos planteados inicialmente. Por último, se presentan las conclusiones a las que se ha llegado luego de este proceso.

CONTEXTO DE PRÁCTICA

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

La psicología clínica se puede definir, en función de su objeto, como el estudio de la conducta individual del ser humano, tanto adaptada como inadaptada. Considerando sus condiciones, tales como herencia, maduración, condiciones fisiológicas y patológicas e historia de vida. Podríamos decir, que es el estudio de la persona concreta y total “en situación”. Su operación fundamental es el diagnóstico, y sus principales finalidades prácticas son el asesoramiento, la curación y la educación o reeducación (Lagache, 1949/1982).

El contexto clínico, y específicamente el rol del psicólogo clínico, se han ido construyendo a lo largo de los años y se siguen re-pensando. Se han visto atravesados siempre por condicionantes socio-históricos, por lo que es necesario conocer los principales acontecimientos que han llevado a la situación actual del desempeño profesional.

En primera instancia, tal como dice Stagnaro (2006), para estudiar, conocer y comprender los hechos históricos resulta fundamental establecer un criterio a partir del cual periodizar los acontecimientos, tomando como base los cambios cualitativos experimentados, más allá de la secuencia cronológica. En esta oportunidad, se pretende resaltar los hechos más relevantes relacionados al desarrollo de la salud mental en la Argentina durante el siglo pasado - particularmente la segunda mitad de este-, en estrecha relación con la situación sociopolítica del país. Considerando que este breve recorrido permitirá comprender como han ido avanzando las ideas en relación a la Psicología, la psicología clínica en particular, y el campo de la Salud Mental en general. Para luego enfocarnos en las concepciones de sujeto y las modalidades de abordaje que forman parte del quehacer profesional actual.

Stagnaro (2006) remarca una gran pérdida de influencia del pensamiento positivista en las ciencias de la salud mental alrededor del año 1910. Esto viene acompañado de significativos cambios y crisis en el plano económico de nuestro país desembocando, en el año 1930, en la primera de una larga serie de golpes de Estado militares. Durante los siguientes años el dispositivo psiquiátrico se afianzó a un funcionamiento estrictamente manicomial que, aún hoy, no se logra abandonar. Dicho autor retoma en su texto la periodización propuesta por Enrique Carpintero y Alejandro Vainer, que comprenden la historia de la salud mental en nuestro país en tres periodos. A la primera parte le colocan el título “Un encuentro fundante entre el

psicoanálisis y la Salud Mental” englobando aquí desde 1957 a 1969. Destacan la creación del Instituto Nacional de Salud Mental, los comienzos de las carreras de psicología, sociología, antropología y ciencias de la educación en la Universidad de Buenos Aires, y la experiencia del Hospital de Lanús con nuevas propuestas terapéuticas de la mano de Mauricio Goldemberg; este período estuvo fuertemente marcado por la hegemonía del psicoanálisis. Por su parte, la década del ‘70 comienza con el Cordobazo en donde incluso el campo de la Salud Mental comienza a politizarse, a este segundo momento desde 1970 hasta 1976 lo llamaron “El estallido de las instituciones”. De esta manera se arriba al tercer momento, titulado “El fin de la Salud Mental” -por desgracia casi literalmente hablando- fue la época de la última dictadura militar en nuestro país. Un gran número de profesionales y estudiantes de salud mental fueron desaparecidos, las facultades donde se dictaban las carreras afines fueron coartadas en su libre funcionamiento y hasta cerradas, fue una época de gran retroceso para la disciplina a nivel educativo, laboral y legal.

El tercer período termina en el año 1983 con el advenimiento de la democracia, época de grandes esperanzas y logros en la historia de la Psicología, tal como dice González Aguirre (2012). Se destacan hechos fundamentales en estos años, como la obtención de leyes que regulen la actividad profesional, recuperando así legitimidad en los distintos espacios tanto educativos como laborales. En 1984 se sancionaba en Córdoba la Ley Provincial N° 7.106 de “Disposiciones para el ejercicio de la Psicología” (aún vigente) cuya obtención trajo nuevas oportunidades de trabajo para los profesionales, especialmente en el sector público. Además, especificaba las cinco áreas en las que podría desarrollarse la disciplina: clínica, educacional, jurídica, social y laboral.

Dicha ley dice sobre la psicología clínica, que se entenderá por esta: “la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión” (Ley 7.106, 1984, Art. 2º, inc. a); y que se considerará ejercicio de la profesión en esta área:

La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos. (Ley 7.106, 1984, Art. 3º, inc. a)

En relación a las modalidades de abordaje, siguiendo a González Aguirre (2012) se destaca en estos años que, junto con el programa de Salud Mental aprobado por el gobierno nacional, el colegio de psicólogos de Córdoba se involucra en una política comunitaria. Comenzando a trabajar en los dispensarios, hospitales y en la calle; toma fuerza la idea de “equipo de salud” entendiendo la salud desde una perspectiva interdisciplinaria, y así se empezaban a asomar las primeras propuestas de desmanicomialización.

Pero no se puede desconocer que, como remarca Barraco (2018), el modelo médico-hegemónico basado en una ideología manicomial aún persiste en el sistema de salud, y de hecho, permanece muy arraigado a pesar de los grandes logros en materia legal que ha alcanzado Argentina en los últimos años. El mismo autor destaca que el dispositivo psiquiátrico (instaurado, como se dijo, alrededor de los años `30), se basaba en una lógica del poder, en tanto que el psiquiatra se configuraba como sujeto actuante sobre otros y en donde el “alienado” debía acatar los lineamientos que este saber único le imponía, transgrediendo claramente los derechos de las personas.

En el año 2009 se sancionaba la Ley N° 26.529 sobre los “Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado” y en el año 2010 la “Ley Nacional de Salud Mental” N° 26.657 –y en el mismo año siguiendo la misma perspectiva, la Ley 9.848 en la provincia de Córdoba- trayendo de esta forma nuevas concepciones de sujeto. Se logra dejar de lado conceptos como alienado para pasar a hablar de pacientes y personas con padecimiento mental, y actualmente también, usuarios o destinatarios de los servicios de salud mental; reconociendo a los mismos como plenos sujetos de derecho.

En su Artículo N° 2, la Ley 26.529 (2009), reconoce siete derechos del paciente en relación con los profesionales y las instituciones de salud, a saber: asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria e interconsulta médica. Por su parte, la Ley 26.657 (2010) en su Artículo N° 7 enumera una amplia gama de derechos de las personas con padecimiento mental. Entre los cuales es de suma relevancia destacar el derecho a decidir sobre sus tratamientos, los que deberán ser lo menos restrictivos posibles; el consentimiento informado con un papel fundamental; la no discriminación y la no consideración del padecimiento mental como un estado inmodificable.

Por otro lado, en relación a las modalidades de abordaje y los roles profesionales, se propone en el Artículo N° 8 de la Ley Nacional de Salud Mental (2010) que debe promoverse la atención a cargo de un equipo interdisciplinario. En el que se incluyan las áreas de psicología,

psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y cualquier otra disciplina o campo pertinente. A su vez, en el Artículo N° 9, se apunta a que el proceso de atención se desarrolle preferentemente fuera del ámbito de internación en el marco de un abordaje intersectorial. Siguiendo así los principios de la atención primaria de la salud, generando un cambio y una apertura a la hora de pensar el desempeño del psicólogo clínico. Barraco (2018) dice que, con la sanción de esta ley, se avanza hacia un paradigma superador desplazando la hegemonía que ejercía históricamente la psiquiatría, y a su vez, destaca que se cambia el foco desde el cual se propone configurar un nuevo rol del profesional de salud mental.

En consonancia con esto, la misma ley en su Artículo N° 27 expresa que:

Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos... (Ley N° 26.657, 2010)

Ante esto, Barraco (2018) realiza algunas críticas remarcando que entre los años 2010 y 2015 se llevaron a cabo múltiples acciones que contrariaban lo expresado en la nueva Ley de Salud Mental. Entre ellas resaltan: que se demoró tres años en la reglamentación de dicha ley impidiendo comenzar con las transformaciones correspondientes, que se remodelaron los neuropsiquiátricos “El Zonda” en San Juan y “Emilio Vidal Abal” en Córdoba, que se convirtió el ex Cenareso en un hospital monovalente, que no se financió la apertura de nuevos dispositivos que permitieran comenzar el proceso de desmanicomialización, etc. Lo interesante de retomar estos ejemplos -que se oponen a las disposiciones de la nueva Ley de Salud Mental y que interpelan directamente el proceso de construcción del rol del psicólogo, específicamente en el contexto clínico tratándose de sus ámbitos de trabajo- es que permiten apreciar que si bien a nivel jurídico y como precedente que puja por el cambio, esta ley es una herramienta fundamental, no es suficiente, ya que se continúa bajo el poder médico hegemónico y se enfrenta una disputa que habla más de política que de salud en sí.

Barraco (2018) finaliza su artículo con una reflexión que resulta interesante destacar:

Ante una realidad que expresa el agravamiento de los avances neocapitalistas y los intereses de grupos corporativos, avasallando derechos adquiridos a partir de una histórica lucha en el campo de la salud mental, se nos presenta un enorme desafío para la construcción de un movimiento o frente político-social, plural y dinámicamente activo por la defensa de esos derechos. Es en el marco de este desafío, que urge trabajar en una amplia convocatoria de actores representativos, que no sólo provengan del campo de la salud mental, sino que desde toda la comunidad se incluyan y participen del proceso de transformación que sostiene la historia, hoy transmutada en ley... (p.199)

Algo de esto se intenta hacer ya varios años en las “Marchas por el derecho a la salud mental” que se realizan en la Ciudad de Córdoba. Estas agrupan a miembros del Colegio de Psicólogos, a los profesionales, usuarios y grupos artísticos del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, a los estudiantes de carreras afines y a diversas organizaciones y grupos sociales que, desde la intervención urbana, buscan reafirmar y hacer cumplir los derechos de las personas con padecimiento mental. Retomando algunos artículos periodísticos, se hallan entre los fundamentos de estas movilizaciones que se apunta a “visibilizar la situación actual de esta área de la salud y de concienciar a la población sobre la importancia de conocer cuáles son sus derechos al respecto de los servicios de salud mental” (Redacción, 2016, párr. 6). Además, resaltan los organizadores en una entrevista con el diario Marcha “que la transformación de la salud mental es centralmente una “cuestión colectiva” que debe ser pública y no estar sujeta a “intereses minúsculos” (Pacheco, 2015, párr. 2).

Se podría decir que aun en Argentina, con estos importantes marcos normativos que interpelan el accionar profesional, todavía no se ha alcanzado lo que se debería ser en materia de salud, sobre todo de salud mental. Por lo cual, siguiendo el quinto principio de “responsabilidad social” establecido por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016) que compete a los profesionales psicólogos, es fundamental ejercer el compromiso social del rol,

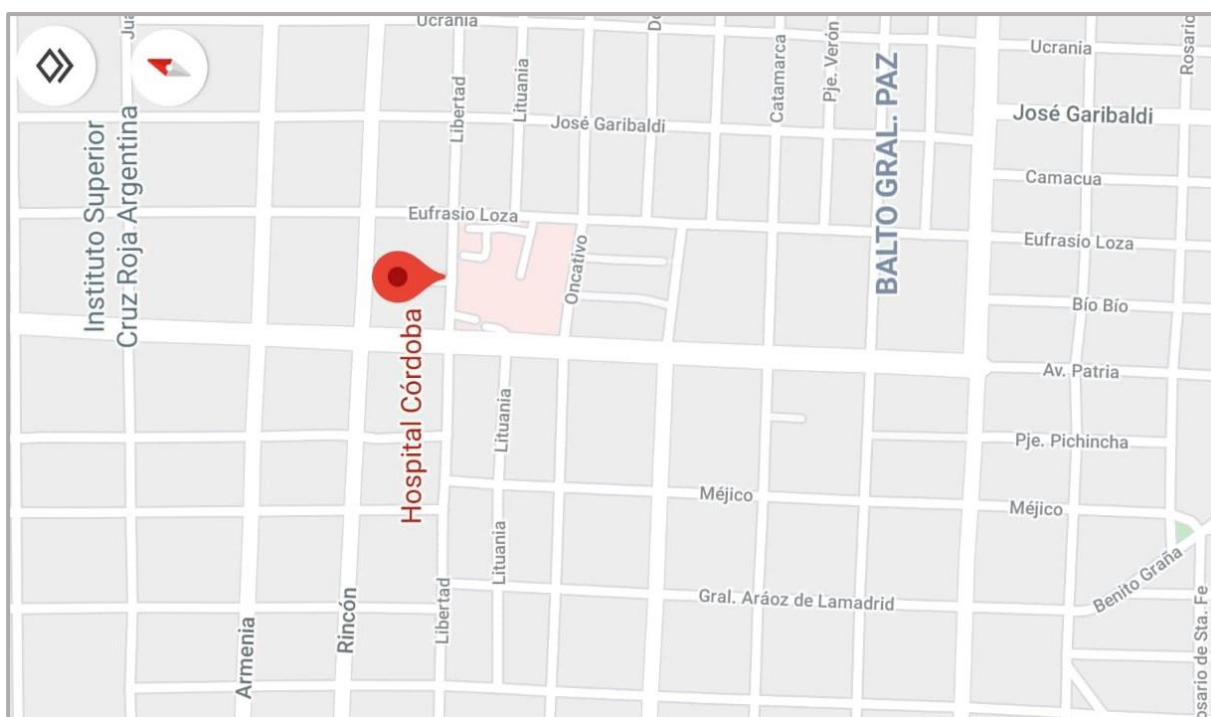
a través del estudio y análisis crítico de los entornos implicados, promoviendo y facilitando el cumplimiento de políticas públicas con enfoque de derechos, que apunten, (...) a crear condiciones que contribuyan al bienestar y desarrollo del individuo, de la comunidad y el medio ambiente. (p.26)

CONTEXTO INSTITUCIONAL

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1. HOSPITAL CÓRDOBA: HISTORIA Y ACTUALIDAD.

La Práctica Profesional Supervisada se realizó en el “Hospital Córdoba”, una institución pública, provincial y polivalente, que cuenta con atención médica de alta complejidad. Está ubicada en la calle Libertad N° 2.051, en el barrio Alto General Paz de la Ciudad de Córdoba.



Google. (s.f.). [Mapa de Barrio Alto General Paz, Ciudad de Córdoba, Córdoba, Argentina en Google Maps]. Recuperado el 9 de abril, 2020, de: <https://maps.app.goo.gl/3d9bp2jyH5L6yYnp6>

La historia de esta institución comienza mucho antes de la fecha oficial de su fundación, es necesario remitirse al año 1909 cuando surge la idea de su construcción, en aquellos tiempos, planeada en la zona de Nueva Córdoba. Algunos años después se recibe la donación de un terreno ubicado en Altos de General Paz y se comienzan a levantar sus primeros muros, pero luego de haber concretado un primer tramo de la obra, se abandona. En los próximos años el destino de este nosocomio resulta incierto, atravesado por múltiples vaivenes políticos, arribando finalmente al año 1950 donde las obras estaban terminadas, excepto el aula magna y el anfiteatro. Todo esto logrado gracias al apoyo del entonces Presidente de la Nación Teniente

General Don Juan Domingo Perón junto a otras autoridades políticas del momento. Finalmente, el día domingo 1 de julio de 1950 se inaugura el Hospital Córdoba, cuyo primer director fue el Dr. Santiago Campellone Llerena, abriendo las puertas a la atención de la salud (Pellanda, Garibotti, Iudicello, Juaneda & Quintana, 2001).

A lo largo de los años, por circunstancias políticas y económicas se han atravesado mejores y peores momentos, incluso han ido variando las especialidades médicas que prestaban sus servicios aquí, y hasta se ha cambiado el nombre de esta institución -llamada por algunos años “Hospital Eva Perón”- pero, se ha caracterizado históricamente por su compromiso e innovación, siempre en beneficio de sus pacientes. Ya lo anunciaba así el entonces Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Pedro A. Baggio, en su discurso en la inauguración de este hospital:

(...) por sobre todo, la personalidad más importante del Hospital, es el enfermo al que debe rendirse todo el cuidado, la atención, y la preferencia que corresponda, en nombre del dolor que hay que mitigar, del mal a conjurar, y, de la solidaridad humana que hay que encarnar en él... (Pellanda et al., 2001, p.35)

De la misma forma lo recordaba el Dr. Adolfo Fernández Vocos, en el 50° aniversario de la fundación del hospital:

Nuestro objetivo fue siempre el bien del enfermo al cual tratamos de llegar no solo con una receta o una intervención quirúrgica exitosa, sino con **afectuosa solidaridad**; esto significó considerar al **hombre como un todo**, como una unidad psicosomática. (Pellanda et al., 2001, p.75)

Por otra parte, el Instituto del Quemado fue inaugurado en diciembre del año 1980, pero habilitado plenamente el 9 de febrero de 1981, dependiendo funcionalmente de la Dirección del Hospital Córdoba. Su primer equipo médico estuvo conformado por médicos cirujanos, clínicos, anestesistas, psiquiatra, fisioterapeutas, nutricionista, asistente social y psicóloga; apuntando desde el primer momento a un abordaje interdisciplinario del paciente quemado. “La labor desarrollada fue tan exitosa que rápidamente la institución fue considerada entre las primeras en importancia en toda Latinoamérica” (Pellanda et al., 2001, p.121).

Las máximas autoridades del hospital en este momento son el Dr. Guillermo Moisés Azize como director, quien anteriormente era jefe de la Unidad Coronaria, y en el cargo de subdirector se encuentra el Dr. Iver Juan Luis Pistoia, quien estaba a cargo del servicio de medicina del deporte y rehabilitación (Fernández, 2016).

El hospital es referente en algunas disciplinas o prestaciones:

Cuenta con Servicios únicos en la provincia, como su Servicio del Quemado, el Servicio de Diabetes, el Centro de Diálisis, la Red de Infartos Agudos y su Laboratorio, único en la región por su aparatología y sistema informatizado. El Hospital cuenta también con una larga lista de especialidades médicas, entre las cuales se destacan su Departamento de Cardiología, reconocido por la calidad de sus profesionales y cirujanos, su Servicio de Clínica Médica, su Servicio de Nefrología y su Programa de Cirugía Bariátrica, brindando un tratamiento integral de atención para personas con obesidad mórbida. Por otra parte, el Hospital Córdoba junto al Hospital de Niños son los únicos hospitales públicos dedicados a realizar trasplantes de la región central de nuestro país. (Recuperado el 10 de abril, 2020, de: <http://hospitalcordoba.com.ar/hospital>)

En la actualidad de la institución se destaca el cambio del sistema tecnológico del hospital, y con esto, la digitalización de las historias clínicas de los pacientes. Este cambio de gran envergadura implicaría poner a los pacientes en una posición favorable en relación a su propia salud, con la Historia Clínica Electrónica Única “el paciente podrá estar al tanto de su diagnóstico ingresando a una página web, mediante su cuit. (...) El médico podrá acceder a esos datos con una contraseña y “llamar” historias clínicas de otros hospitales” (Lazzarini, 2019, párr.12), pudiendo acceder así, de una manera más práctica y eficaz, a los antecedentes médicos del paciente, sus análisis de laboratorio e imágenes de diagnóstico.



[Fotografía de Pagina web Hospital Córdoba]. (s.f.). Recuperada el 9 de abril, 2020, de: <http://hospitalcordoba.com.ar/resenia>

3.2. LA SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL CÓRDOBA.

La participación de los psicólogos en la institución data desde sus comienzos, pero siguiendo a Pellanda et al. (2001) se remarca que es con el retorno de la democracia, en 1983, que se comienza a intentar organizar como “Servicio”. Lo cual se realizó de la mano del Dr. Ricardo Ruiz Ceconello quien fue jefe de dicho servicio hasta el año 1986, se incluían profesionales tanto psiquiatras como psicólogos, algunos con trabajo remunerado y muchos otros trabajando *ad honorem*. En 1986 se crea la “Unidad de Salud Mental” con la designación del Dr. Mauricio Salgado como su jefe, y en ese momento uno de los objetivos fundamentales era:

Lograr que la concepción sanitaria vigente se tradujera operativamente en los tres niveles de prevención de forma tal que se orientara a satisfacer las necesidades del área Geográfica de influencia del Hospital, como así también las necesidades provenientes del mismo, lo que permitió en el Servicio consensuar nuevas pautas que reflejaran la adopción de un modelo sanitario social y participativo, de orientación preventivo primaria que hiciera de la extensión de cobertura su objetivo prioritario. (Pellanda et al., 2001, p.252)

Es en el año 2003, luego del fallecimiento del Dr. Mauricio Salgado, que por resolución interna del hospital se designa al Lic. Patricio Angulo como profesional “a cargo” del Servicio de Salud Mental. Esto implicaba las responsabilidades y jornada laboral extendida correspondiente al cargo, pero sin la actualización de su remuneración, y recién varios años después se lo designa oficialmente Jefe de la División de Salud Mental. Cabe destacar que es el primer psicólogo, que sin ser médico, ocupa la jefatura de este servicio; su labor se centró desde sus inicios en el fortalecimiento de la práctica grupal dentro de la institución (Registro, 27/05/2019).

Actualmente, la División de Salud Mental se encuentra ubicada en la planta baja del hospital, desde el ingreso de la calle Libertad, accediendo por el pasillo principal hasta pasar los segundos ascensores, donde doblando a la derecha, se halla la sala de profesionales del servicio y los tres consultorios a disposición de este. Cabe destacar que, para cubrir todas las prestaciones, se concurre además a otros espacios del hospital en función de la demanda y la disponibilidad, ya sean consultorios ubicados en otras áreas, aulas, y los diferentes internados, desde salas comunes, guardia, Unidad de Cuidados Intermedios (UCI), Unidad de Terapia Intensiva (UTI), y las instalaciones del Instituto del Quemado (IQ). Los profesionales que

conforman el equipo son: un psicólogo como Jefe de la División de Salud Mental, dos psiquiatras y ocho psicólogas.

El hospital se encuentra dividido en tres grandes áreas, una de ellas es Medicina Interna, dentro de la cual se encuentra, actualmente, la División de Salud Mental. Esta última a su vez podría dividirse en tres áreas de trabajo: ambulatoria, internados y trasplante. El trabajo ambulatorio tiene que ver con los consultorios externos, ya sea de consulta por primera vez, consulta psiquiátrica, psicoterapia individual, grupos terapéuticos, talleres y psicoprofilaxis quirúrgica. Por su parte, el trabajo en internados implica la inserción de los profesionales de salud mental en los diversos servicios del hospital desde la propuesta de un “sistema mixto” de interconsulta. Particularmente se trabaja con hematología, nefrología y cardiología, servicios en los cuales hay uno o dos profesionales específicos asignados a cada especialidad ya que son servicios de alta demanda, de esta manera se facilita el abordaje conjunto del paciente a la par del trabajo del médico. Pero también se suelen recibir pedidos de interconsulta esporádicos de otros servicios del hospital como la UCI, la UTI, la guardia, clínica médica, entre otros (Registro, 02/05/2019).

En relación al abordaje desde la internación, se destaca también en esta institución el trabajo de los profesionales de salud mental en el IQ (en la actualidad considerado organizacionalmente como “Servicio de quemados”). Aquí se acompaña al paciente en las tres fases que incluye este proceso: fase aguda, fase intermedia y fase de rehabilitación o recuperación. Se habla de “acompañamiento”, tanto al paciente como a su familia, y no de tratamiento ya que lo que se realiza es una visita a los pacientes internados dos veces por semana, con la finalidad de evaluar su estado emocional, la manera en la que está viviendo la internación, su experiencia en los tratamientos de quemaduras -que incluyen curaciones hasta 3 veces por semana en el quirófano y en muchos casos autotrasplantes y trasplantes de piel- que acarrear grandes dolores. Se evalúa a su vez si hay pacientes que pudieran necesitar medicación psiquiátrica, debido al impacto psíquico y las posibles psicopatologías que se pudieran desencadenar en función de la vivencia de un hecho traumático como lo son algunas quemaduras, en caso de que se considere necesario se realiza una interconsulta con psiquiatría para tal prescripción. Se apunta fundamentalmente a acompañar al paciente en los procesos de aceptación de una nueva imagen corporal, de las secuelas que se pueden encontrar luego de quemaduras graves, en casos de autoagresiones o heteroagresiones se trabajan las problemáticas correspondientes. Se tiende a asistir al paciente en este periodo de aislamiento que puede llegar a extenderse incluso por varios meses y lo que esto implica también en el funcionamiento

familiar. En la última etapa el objetivo es que la persona se prepare para reinsertarse en su entorno de la mejor manera posible, previniendo futuras consecuencias traumáticas o patologías psíquicas (Registro, 25/04/2019).

Por último, existe una gran área de trasplante en este hospital que se podría considerar un tercer espacio dentro de la División de Salud Mental, que se divide a su vez en trabajo de manera ambulatoria y en la sala de internados, dependiendo de la situación de cada paciente que requiera la consulta. Se realizan evaluaciones previas a la posibilidad de un trasplante para sumar al paciente a la lista de espera para la donación de órganos. El jefe del servicio trabaja con neumonología para los trasplantes pulmonares y con gastroenterología para los trasplantes hepáticos, y una de las psicólogas del equipo trabaja con cardiología (Registro, 2/05/2019).

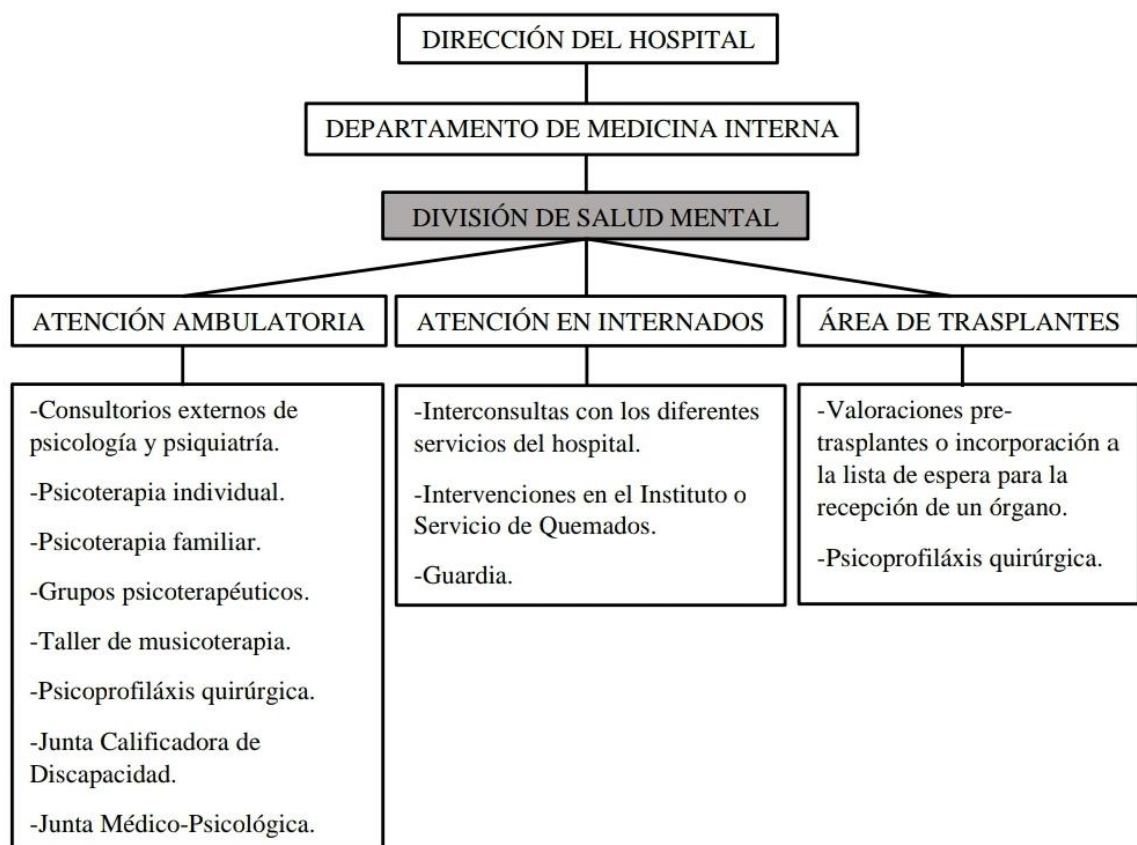


Figura 1. Organigrama parcial, en función de la posición de la División de Salud Mental en la estructura de la institución. Fuente: elaboración propia.

EJE DE SISTEMATIZACIÓN

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras.

OBJETIVOS

5. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar los factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la experiencia de dolor de los usuarios, en los diferentes momentos de internación.
- Indagar las manifestaciones de miedo, ansiedad y depresión en personas internadas por quemaduras.
- Describir los efectos de las intervenciones del psicólogo clínico en la evolución de los usuarios durante su internación.

PERSPECTIVA TEÓRICA

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1. QUEMADURAS: CONCEPTO, TIPOS Y TRATAMIENTO.

Se puede definir a las quemaduras como la destrucción de los tejidos debido al efecto de agentes térmicos, eléctricos, químicos o radiactivos. Se trata de lesiones que producen daño de los tejidos expuestos como la piel, las mucosas, el tejido celular, el musculo y hasta el hueso. Pueden ocurrir de forma accidental o voluntaria, de cualquier manera, implican un ataque a la integridad corporal. La piel humana puede tolerar hasta 44° C durante un periodo limitado de tiempo, a partir de allí se produce la destrucción tisular acompañada de alteraciones inflamatorias, tanto locales como generales, y se compromete la homeostasis de la persona afectada (Ibáñez, 2011; Carrillo Esper et al., 2014).

Las quemaduras, según Larrea, Ávila y Raddatz (2015), pueden ser consideradas como una de las peores agresiones físicas que puede sufrir el ser humano, incluso la forma de trauma más grave y dolorosa. A raíz de que las quemaduras dañan los receptores dérmicos, se produce una amplificación nociceptiva, generando posiblemente un aumento en la intensidad del dolor y una alteración de la percepción y modulación del estímulo doloroso. La IASP (International Association for the Study of Pain) definió, en 1979, al dolor por trauma térmico como un dolor agudo y grave, que se produce al sufrir una quemadura y que luego continúa con exacerbaciones que declinan gradualmente a medida que se lleva a cabo su tratamiento (Esqueda-Dorantes, 2016).

Se pueden producir variaciones en la experiencia dolorosa en función del tipo de quemadura que sufre el paciente, que según su profundidad se clasifican en: superficiales, intermedias o profundas. Las quemaduras superficiales, de primer grado o tipo A, afectan solo la epidermis, presentan un color rosado intenso y suelen ser muy dolorosas, se habla de hiperalgesia. Las quemaduras intermedias, de segundo grado o tipo AB, afectan tanto la epidermis como la dermis, su color es más bien rosa pálido y poseen sensibilidad intermedia o hipoalgesia. Y las quemaduras profundas, de tercer grado o tipo B, afectan la totalidad de la dermis, con un aspecto acartonado, en colores blanco nacarado, negro o pardo, en este caso al dañarse las terminaciones nerviosas del dolor aparece la analgesia. Las heridas por quemaduras

son dinámicas, no suelen ser homogéneas en cuanto a la profundidad y pueden cambiar diariamente, tanto evolucionar positivamente como profundizarse (Ibáñez, 2011).

Para el óptimo tratamiento de una quemadura se deben realizar numerosos procedimientos, los cuales se caracterizan por ser intensos, repetitivos y prolongados. Estos son fundamentales para la cicatrización de las heridas y entre ellos encontramos curas diarias, balneoterapia, vendajes, intervenciones quirúrgicas con trasplantes o autotrasplantes de piel y rehabilitación kinésica. Siguiendo a Ibáñez (2011), sobre el manejo de las heridas en instituciones especializadas, se considera que -en todo paciente quemado que tiene criterio de internación debido a la gravedad de su cuadro-, en primer lugar se deberá realizar la estabilización inicial y luego se procederá a la higiene de la quemadura y la resolución quirúrgica de los daños. En este segundo momento es donde se encuentran todos los tratamientos antes mencionados.

Se comienza por la balneoterapia, donde se retiran los restos celulares para posteriormente cubrir las heridas con cremas antimicrobianas, envolver con gasas y/o apósitos absorbentes gruesos y fijar con vendas. En las quemaduras de tipo A o AB se realiza este procedimiento de forma diaria o alterna hasta lograr la reepitelización.

Cuando se trata de quemaduras tipo B se deberá planificar además, según cada situación particular, el tratamiento quirúrgico más oportuno, ya que en estos casos se encuentra comprometido todo el espesor cutáneo, lo que hace imposible su reparación espontánea. Actualmente, en lo que respecta a reemplazo cutáneo, en general se realizan autoinjertos u homoinjertos. Cuando hay amplia disponibilidad de zonas donantes, el recurso terapéutico a elección es el autoinjerto de piel de espesor parcial en lámina o expandido, permitiendo la cobertura de grandes superficies en un mismo tiempo quirúrgico. En estos casos es importante favorecer la pronta curación de las zonas dadoras, atendiendo también a los dolores que implican. Por otro lado, existen situaciones donde se requiere un trasplante de piel de otro ser humano, un homoinjerto, de una persona con diferente genotipo. Suele usarse piel cadavérica humana criopreservada en bancos o en algunos casos muy particulares accediendo a un donante vivo relacionado. Esta cobertura es temporaria a diferencia de la primera que es definitiva, aquí se genera una primera etapa de prendimiento con un posterior rechazo de la epidermis y una conservación de la dermis, que luego deberá ser cubierta de manera definitiva, por ejemplo con un autoinjerto fino, para finalizar la recuperación.

Debido a que, como se ha mencionado, el dolor juega un papel clave en la experiencia de internación de las personas que han sufrido quemaduras, se profundizará sobre esta temática

desde una perspectiva biopsicosocial. A su vez, se hará especial hincapié en los factores emocionales que modulan la percepción del dolor, dentro de los cuales se seleccionan: miedo, ansiedad y depresión. Por otro lado, se abordará el rol del psicólogo clínico a lo largo del tratamiento, con la finalidad de conocer los aportes e intervenciones posibles y sus efectos.

6.2. DOLOR.

6.2.1. CONCEPTO.

Mersky (1994, citado en González, 2014) describe conceptualmente al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño actual o potencial, o descrito en términos de tal daño” (p.610). Esta definición es en esencia muy similar a la propuesta por la IASP, sobre la cual Bazako (2003) resalta ciertos aspectos relevantes desde el punto de vista psicológico:

Considera el dolor como algo subjetivo; invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial, presentándolo como una experiencia compleja; otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro; considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo; considera parte intrínseca de la experiencia de dolor la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables. (p.570)

En función de esto, el mismo autor destaca que, al considerar al dolor como una experiencia compleja y generalmente multideterminada, implica que esta será psicológica por definición y estará atravesada por los mismos procesos que cualquier experiencia emocional desagradable.

Si bien el papel del malestar afectivo en la experiencia dolorosa está ampliamente reconocido, los clínicos y los científicos se han centrado durante mucho tiempo en las características sensoriales de las lesiones. Esto ha provocado la subordinación o ignorancia de la importancia de las características emocionales, y las ha relegado a servir meramente de trasfondo. Está claro que en la práctica es más fácil determinar la naturaleza de la lesión física o de la señal sensorial que inspira una enfermedad o cuadro, que evaluar las reacciones emocionales, pero el conocimiento de las emociones que experimenta un paciente es fundamental para lograr un óptimo diagnóstico y planificar un tratamiento o abordaje. Sumado a esto los hábitos de lenguaje o formas de expresión pueden resultar problemáticos ya que es

habitual hablar sobre la sensación del dolor, no del afecto del dolor, y esta costumbre de referirse al mismo como una sensación implica que sea un acontecimiento transitorio (Craig, 2007). Además, cualquier persona que intente describir un dolor que experimenta se encuentra, muchas veces, con que le faltan las palabras. Esta dificultad se debe por un lado a que, por suerte, se trata de palabras que no se utilizan con frecuencia, y por otro lado la sensación de que las palabras pueden parecer absurdas. Se pueden utilizar descriptores como “desgarro, disparo, corrosivo, que arranca o punzante”, pero se trata sólo de metáforas, y no existe ningún referente objetivo externo para estas palabras con las que se intenta describir el dolor. Una persona que sufre un dolor terrible puede decir que el dolor “es quemante”, y referir que “es como si alguien me estuviera apretando con un hierro al rojo vivo entre los dedos del pie”, estas frases que empiezan con un “como si” son muchas veces necesarias cuando se intenta comunicar a otras personas la cualidad de la experiencia y debemos fomentarlas en el diálogo con el paciente para obtener una descripción lo más completa posible (Melzack y Katz, 2007).

6.2.2 SISTEMA NERVIOSO Y DOLOR.

Rinaldi (2001) se refiere al dolor desde lo neurológico y propone que la percepción del mismo depende de receptores nerviosos que se distribuyen en el organismo. A través de las fibras nociceptivas se conduce el estímulo doloroso o nocivo desde estos receptores, llegando hasta las raíces dorsales a lo largo de la medula espinal y a través del llamado “haz espino-talámico”. De esta manera se conduce el estímulo doloroso de forma ascendente por el sistema nervioso hasta la corteza cerebral, donde está representado el cuerpo humano, permitiendo localizar el área de donde proviene el estímulo. A su vez, el autor destaca que existen conexiones desde el tálamo al lóbulo frontal y a otras áreas como el hipocampo, el sistema límbico y las amígdalas cerebrales, vinculadas a las emociones, integrando así el componente emocional que se percibe con el dolor.

Los nociceptores son una clase especializada de nervios aferentes que responden a estímulos intensos y/o nocivos, a aquellas múltiples formas de energía que producen una lesión (estímulos calóricos, mecánicos y químicos). En consecuencia, informan al sistema nervioso central, mediante vías aferentes sensoriales, respecto a la localización e intensidad de dichos estímulos. De aquí proviene el concepto de nocicepción, muchas veces utilizado al hablar de

dolor, que describe a la experiencia de un estímulo que lesiona los tejidos (Meyer, Ringkamp, Campbell y Raja, 2007; Sánchez Herrera, 2003).

La información nociceptiva se transmite de la médula espinal al cerebro por diferentes vías, activándose múltiples regiones corticales y subcorticales durante el dolor. Las regiones más habitualmente activadas son la corteza somato-sensitiva primaria, la corteza somato-sensitiva secundaria, la corteza del cíngulo anterior, la corteza insular, la corteza prefrontal, el tálamo y el cerebelo. Aparentemente las cortezas somato-sensitivas serían más importantes en la percepción de las manifestaciones sensitivas, como la localización y duración del dolor, ya que contienen neuronas que codifican los aspectos espacial, temporal e intensivo de estímulos somato-sensitivos inocuos y nocivos. Mientras que las regiones límbicas y paralímbicas, como la corteza del cíngulo anterior y la corteza insular, serían más importantes en los aspectos emocionales y motivacionales del dolor (Bushnell y Apkarian, 2007).

Resulta importante tener en cuenta que después de una lesión cutánea, aumenta el dolor en respuesta a estímulos cutáneos, esto se denomina hiperalgesia, es decir que estímulos que ya eran dolorosos se vuelven aún más dolorosos. Cuando esta se da en el lugar de la lesión se trata de hiperalgesia primaria, y cuando es en la piel lesionada circundante se trata de hiperalgesia secundaria. La primera se da debido a que la lesión tisular aumenta la respuesta de los nociceptores, denominada sensibilización y se debe a la liberación local de mediadores inflamatorios. Mientras que la hiperalgesia secundaria se debe a la sensibilización de neuronas del sistema nervioso central (Meyer et al., 2007). A su vez, diversos estados de dolor conducen a situaciones en las que estímulos que habitualmente son indoloros resultan dolorosos, lo que se denomina alodinia (Bushnell y Apkarian, 2007).

Según Rinaldi (2001), el sistema modulador del dolor, a partir de las áreas cerebrales vinculadas a las emociones, puede producir analgesia endógena o potenciar la percepción. En el primer caso son las endorfinas, analgésicos naturales, las que generan una minimización de la percepción dolorosa, por el contrario, ante ciertos estados emocionales como angustia, ira, depresión, pánico, el dolor puede agudizarse.

6.2.3. ANTECEDENTES Y MODELOS TEORICOS.

Bazako (2003) señala que “los modelos multidimensionales del dolor describen o proponen un cierto número y un cierto tipo de factores o de categorías que se articulan o se organizan en un esquema de integración funcional” (p. 573). Dentro de estos, el autor dice que el más influyente ha sido el de Melzack y Casey, que sistematiza los fenómenos de dolor en tres categorías, que se desarrollarán más adelante. A su vez, rescata que el núcleo originario de este modelo ha sido la teoría del “control de la puerta”, propuesta originalmente en 1965 por Melzack y Wall, o también llamada teoría del “control de las compuertas”.

Sánchez Herrera (2003) explica que, según esta teoría, el dolor pasa por una serie de vías nerviosas, en donde tiene que atravesar compuertas, y propone que el dolor debe alcanzar un cierto nivel de conciencia necesario antes de ser percibido. A su vez, si este dolor puede ser prevenido, la percepción podría disminuir o eliminarse. Cuando estas compuertas están total o parcialmente cerradas, se frenan los impulsos dolorosos y se evita que lleguen al cerebro, por el contrario, si la compuerta está abierta, la sensación dolorosa se presentará, alcanzando el nivel de conciencia requerido. Lo más importante de esta teoría, es que el mecanismo de cierre de las compuertas puede ser estimulado de diversas formas, para contribuir al alivio del dolor, y se proponen tres formas: la presentación de estímulos cutáneos placenteros, relajantes o calmantes; la generación de estímulos sensoriales diferentes al dolor como imaginación, visualización o meditación; y la disminución de la angustia innecesaria a través de fomentar la sensación de control, la compañía, más aún si quien la brinda genera mecanismos que disminuyan la sensación de impotencia en estas personas.

Para hablar de dolor es importante entender que, como dicen Olivares y Cruzado (2008), la experiencia de dolor se encuentra modelada por una interacción recíproca y dinámica entre diferentes aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que modulan la percepción del estímulo doloroso. Entonces se habla de una experiencia multidimensional, particularmente vivida por cada persona y atravesada por diversos factores que, según González (2014) intervienen en el inicio y en la prolongación de los cuadros de dolor. Sobre esto, Rinaldi (2001) refiere que el dolor no es solo una sensación, una experiencia nociceptiva, sino que se trata de una percepción, una experiencia subjetiva. La vivencia del dolor, dice el autor, forma parte de un aprendizaje madurativo en donde cada individuo aprende a sentir el dolor, darle un significado y hacer algo con él. Por lo tanto, se trata de una vivencia personal, cultural e influida

por el significado, los conocimientos y las emociones; lo que permite comprender por qué la cantidad o extensión del daño tisular sufrido no es directamente proporcional al dolor que el paciente experimenta y manifiesta.

Cano, Martínez y Merayo (2009), hacen énfasis en que no puede experimentarse dolor sin sentirse mal, ya que las emociones desagradables forman parte del dolor. Establecen la interacción recíproca entre estos dos fenómenos, afirmando que el dolor es mayor cuando la persona se siente mal, y que ambos pueden activarse mutuamente estableciéndose un círculo vicioso que los perpetúa si no se trabaja con ellos.

La teoría multidimensional del dolor de Melzack y Casey es, como se enunciaba al comienzo del apartado, uno de los modelos psicológicos del dolor más influyentes. Consideran que para conceptualizar, evaluar o intervenir en el dolor hay que tener en cuenta tres dimensiones: sensorial/discriminativa, motivacional/afectiva y cognitivo/evaluativa. Los autores refieren que la experiencia de dolor no podría entenderse completamente si no se tienen en cuenta todas ellas, ya que cada una confiere al dolor características especiales (Chóliz Montañés, 1994).

En relación a la dimensión sensorial/discriminativa, siguiendo a Chóliz Montañés (1994), se puede decir que es “la encargada de la transmisión de la estimulación nociceptiva desde la región donde se haya producido un daño tisular, infección o cualquier otra alteración orgánica o funcional hasta los centros nerviosos superiores” (p. 5). La dimensión cognitivo-evaluativa, está estrechamente vinculada a la motivacional/afectiva -que se describe a continuación- refiere a las creencias, valores culturales y variables cognitivas como la autoeficacia, la percepción de mayor o menor control y de las consecuencias de la experiencia de dolor.

La dimensión motivacional/afectiva, que es la que más interesa al propósito del presente trabajo, remite a la cualidad subjetiva de la experiencia, se vincula al sufrimiento, la aversión, el desagrado y los múltiples cambios emocionales factibles de aparecer en relación al dolor. Implica que un evento pueda significar algo muy distinto para un paciente u otro y que la vivencia de dolor sea realmente diferente (Chóliz Montañés, 1994).

Esta misma visión integral del dolor es la que retoma el Modelo Biopsicosocial, esta perspectiva también considera que la experiencia de dolor resulta de la interacción de una amplia red de factores:

Los factores biofísicos pueden provocar y mantener distintas dolencias, los factores psicológicos, es decir, los procesos afectivos y cognitivos, influir en la percepción de la experiencia subjetiva interna, y los factores sociales, esto es, los procesos de socialización y aprendizaje, modular la percepción de la estimulación nociceptiva y moldear las respuestas del organismo. (Miró, 2003, p.62)

González (2014) destaca que, al persistir el dolor en el tiempo, los pacientes comienzan a estar más expuestos tanto a los factores de origen psicológico, particularmente los emocionales (ansiedad, miedo al dolor, depresión), como a los sociales (conflictos familiares, pérdida de roles, riesgo laboral). Estos si bien son ajenos a la enfermedad o situación de salud, influyen negativamente en el curso de ésta. Es en esta etapa, que se hace más relevante considerar la aplicación del Modelo Biopsicosocial, y su utilización cobra especial relevancia en aquellos pacientes que pueden ser candidatos a tratamientos complejos o procedimientos quirúrgicos.

6.2.4. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR: DURACIÓN, INTENSIDAD Y LOCALIZACIÓN.

El dolor se puede clasificar según su duración en: dolor agudo y dolor crónico.

A) Dolor agudo: la IASP lo define como una compleja y desagradable constelación de experiencias sensoriales y emocionales, relacionadas con una serie de respuestas autónomas producidas por daño a estructuras somáticas o viscerales. El mismo tiene efectos tanto positivos como negativos a corto y largo plazo. En primer lugar, sirve como un mecanismo fisiológico protector, que permite detectar cuando algo está mal en el organismo o que previene daño adicional de los tejidos, al limitar el movimiento de partes lesionadas ante un trauma. Es limitado en el tiempo, tiene una duración inferior a los tres meses y, salvo complicaciones, cede cuando sana el tejido lesionado. Por otro lado, el dolor agudo genera sufrimiento físico y emocional del paciente, efectos cardiovasculares adversos, disturbios del sueño, alteración del tránsito intestinal, náuseas y vómitos, efectos negativos sobre la función respiratoria, ansiedad, retraso en la movilización, etc. Además, a largo plazo, cuando se presenta un dolor agudo severo y prolongado se constituye en un factor de riesgo para el desarrollo de dolor crónico y propicia la hiperalgesia (Pérez-Castañeda, 2012; Sánchez Herrera, 2003; Poggi Machuca y Ibarra Chirinos, 2007).

B) Dolor crónico: este persiste por algún tiempo, casi siempre se establece entre tres y seis meses como criterio para comenzar a hablar de dolor crónico, ocurre en intervalos de meses o años o se asocia a alguna patología permanente, puede ser continuo o intermitente. Cuando existe este dolor, el cuerpo se ha adaptado y por lo general ya no hay respuestas fisiológicas o autonómicas. Con frecuencia requiere manejo diario, puede ir acompañado de alteraciones psíquicas concomitantes y no cumple, como el dolor agudo, una función definida, sino que se hace parte de la enfermedad. Genera sentimientos de impotencia, desesperación y absurdidad (Sánchez Herrera, 2003).

En función de su intensidad Sánchez Herrera (2003) propone que se lo puede clasificar en: leve, moderado y severo. Según esta clasificación, se intenta determinar la fuerza o grado con que una persona experimenta el dolor y permite conocer cómo evoluciona el mismo a lo largo del tratamiento. Para esto se utilizan escalas, dentro de las cuales la más utilizada es la numérica, que va de 0 a 10, donde 0 es ausencia y 10 es el máximo dolor soportable para ese paciente en particular. Es importante recordar que el umbral para la percepción dolorosa es individual y diferente en cada sujeto, esto implica que, ante el mismo estímulo, la percepción de su intensidad puede ser distinta.

A) Dolor leve: en este interviene básicamente la piel, con un daño más bien superficial, por medio de los receptores de presión, temperatura, tacto fino, que pueden ser lesionados por quemaduras, golpes, etc. Se considera dolor leve si la escala está entre 1 y 3.

B) Dolor moderado: es un estado intermedio en el que generalmente está involucrada la epidermis y el tejido celular subcutáneo. Se considera dolor moderado cuando la escala está entre 4 y 6.

C) Dolor severo: aquí se podrían ver comprometidos los músculos, las articulaciones, los huesos y otros tejidos (tendones, tejido conectivo, etc.). Se considera dolor severo si la escala está entre 7 y 10.

Por último, el dolor se puede clasificar a partir de su localización. Esta clasificación se basa en un criterio anatómico en función de los órganos o aparatos afectados, y resulta de gran interés para la psicología, ya que la localización del dolor o de la lesión, la zona o los órganos afectados pueden determinar distintos tipos de discapacidad. Según Bazako (2003) se puede distinguir: dolor cutáneo o periférico, somático profundo, visceral y neuropático.

A) Dolor cutáneo o periférico: coincide con las lesiones en piel o mucosas y es por lo tanto de localización externa, suele ser un dolor delimitado y bien localizado, de características claras y bien definidas. Desde el punto de vista psicológico, acarrea un significado importante, ya que se trata de un dolor en el cual con mayor facilidad el paciente y los que lo rodean comparten la información relevante referida al mismo. Debido a que hay fenómenos concurrentes como la herida en sí misma, los signos externos de inflamación o lesión, que pueden ser igualmente apreciados por el sujeto y por los demás. En el caso de las quemaduras y a lo largo de su tratamiento este tipo de dolor sería protagonista y, en algunos casos, dependiendo de la situación de cada paciente se pueden presentar de otros tipos también.

B) Dolor somático profundo: se localiza en los músculos y estructuras osteoarticulares y, en general, se caracteriza por ser un dolor sordo, mal definido y mal localizado.

C) Dolor visceral: es constante, sordo, mal localizado, con frecuencia irradiado a la piel o referido a zonas distintas de donde reside la lesión. Las condiciones que producen este dolor son variables y distintas de los demás tipos ya que no aparece dolor a la incisión ni por quemadura y, sí por dilatación, espasmo, tracción o isquemia.

D) Dolor neuropático: es quemante, punzante o genera sensaciones como descargas eléctricas, y se da un fondo doloroso permanente. Son dolores causados por interrupción de nervios, raíces o plexos por causa traumática o quirúrgica, miembro fantasma, lesión del sistema nervioso central por tumor o el síndrome de dolor regional complejo.

6.2.5. DOLOR EN QUEMADOS.

El dolor que se presenta en los pacientes quemados, según Pérez-Castañeda (2012) suele ser de gran intensidad. Por lo que es necesario un adecuado y efectivo control del mismo, ya que, además de evitar el sufrimiento, disminuye la tasa de complicaciones, atenúa la reacción al estrés y facilita la movilización. En el estado agudo, el dolor más intenso lo experimenta el paciente, generalmente, en el momento de la curación, el cambio de vendajes y las horas posteriores a la intervención quirúrgica. El dolor relacionado con las quemaduras puede llegar a empeorar con el tiempo, debido a la intervención de las emociones, a alteraciones del sueño

y a dificultades de adaptación, o también se puede asociar a causas orgánicas como la regeneración de las terminaciones nerviosas.

Según Esqueda-Dorantes (2016) intervienen además múltiples fenómenos que resulta relevante tener en cuenta. Mientras mayor es la superficie corporal quemada, la cantidad de nociceptores dañados es proporcionalmente mayor, por lo que la intensidad del dolor se puede incrementar en función de las lesiones que presente el paciente. A su vez, las quemaduras que alcanzan la profundidad de la piel destruyen las terminaciones nerviosas, lo que explicaría la hipótesis del componente neuropático desde un comienzo. Sumado a todo esto, como se enunciaba anteriormente, los numerosos procedimientos para tratamiento de las quemaduras producen estímulos dolorosos intensos, repetitivos y prolongados. Lo cual puede originar una alteración patológica de la función de percepción, transmisión y modulación del estímulo nociceptivo, logrando la ampliación de las zonas receptivas y la alteración de la relación entre la intensidad del estímulo doloroso y la respuesta al dolor.

En relación a la experiencia del paciente quemado, resulta fundamental diferenciar los distintos tipos de dolor que puede atravesar una persona tras una quemadura y, particularmente, durante la internación. Para esto se puede retomar la diferenciación que establece Mejía-Terrazas (2014): A) Dolor en reposo: es continuo y de moderada intensidad, en caso de no ser tratado de inmediato, puede ir aumentando y alterando el estado psicológico del paciente. B) Dolor derivado de procedimientos: suele ser agudo, intenso y de menor duración ya que aparece ante las intervenciones como curaciones, cambios de apósitos, duchas, cambios de posiciones y de ropa o al inicio de la fisioterapia. C) Dolor posoperatorio: surge ante las intervenciones quirúrgicas, suele ser de mayor intensidad pero tiende a limitarse. Puede llegar a prolongarse su duración debido a que el paciente ingresa a quirófano con frecuencia, incluso varias veces a la semana. D) Dolor crónico: es debido a la neuropatía postquemadura, se presenta después de la cicatrización de las heridas y se caracteriza justamente por ser de tipo neuropático como prurito.

Debido a que las intervenciones quirúrgicas juegan un papel fundamental en el tratamiento del paciente quemado, resulta relevante ampliar la caracterización del dolor posquirúrgico o posoperatorio. Es un tipo de dolor agudo que desencadena una reacción inflamatoria y una descarga neuronal aferente. Abarca una variedad de experiencias mentales, emocionales y sensitivas desagradables, desencadenadas por un traumatismo quirúrgico y que van acompañadas de respuestas autónomas, endocrino-metabólicas, fisiológicas y de conducta.

Aunque se han logrado muchos avances, todavía se afirma que una gran proporción de los pacientes experimentan un dolor entre moderado y severo después de una intervención, y se ha descrito la existencia de alodinia e hiperalgesia cerca de las incisiones quirúrgicas (Dahl y Kehlet, 2007). Además, Pérez-Castañeda (2012), concluye que las alteraciones fisiopatológicas que se producen en los órganos o sistemas ante este dolor agudo constituyen las principales causas de complicaciones y retardo en la recuperación de pacientes quemados, enfermos críticos, con lesiones traumáticas, entre otros.

Por otro lado, Larrea et al. (2015) establecen también una diferenciación del dolor según las etapas de evolución: etapa de reanimación, etapa aguda y etapa crónica. La etapa de reanimación refiere al tiempo desde el ingreso del paciente hasta las primeras 72 hs. El dolor suele ser de marcada intensidad, por lo tanto resulta necesario, en la mayoría de los casos, el uso de opioides. La etapa aguda -sobre la que se centrará mayormente este trabajo- corresponde a la fase intermedia de internación, una vez que el paciente ya se encuentra en la unidad de quemados habiéndose estabilizado sus constantes vitales. Es el periodo entre las 72 horas y el cierre de las heridas, el cual durará más o menos tiempo en función de cada caso en particular. Al comienzo el dolor es más intenso y declina a medida que avanza la recuperación de la superficie corporal quemada. “El dolor es oscilante en el tiempo, durante las horas del día y durante los días, con un nivel basal mantenido que corresponde al dolor de reposo y elevaciones que corresponden a los procedimientos de sala y quirúrgicos” (Larrea et al., 2015, pp. 81-82). Por último, la etapa crónica, va desde el cierre de las heridas hasta la reinserción y puede durar meses, durante este tiempo de rehabilitación ambulatoria sigue siendo muy importante el manejo adecuado del dolor.

6.3. FACTORES EMOCIONALES.

En función de lo expuesto hasta ahora se puede afirmar que el estado emocional y el estado de ánimo claramente influyen en la percepción del dolor. Algunas emociones se consideran inevitables, probables o incluso características de la experiencia dolorosa, frecuentemente se observa: miedo, ansiedad, depresión y/o culpa; además de ciertos sentimientos sociales como: rabia, sumisión, resignación, rechazo y/o abandono. Este sufrimiento puede predisponer e intensificar la gravedad del dolor y la discapacidad que este produce, y puede servir como

fuente o como consecuencia del dolor. Siempre ha habido confusión sobre si los procesos emocionales se deberían conceptualizar como causas o como consecuencias del dolor, pero en realidad debe entenderse el concepto del dolor y de las emociones como procesos multidimensionales que se superponen, con influencias recíprocas de uno sobre otro (Craig, 2007).

Siguiendo a Saino (2013), se puede destacar que, particularmente, los pacientes quemados muestran síntomas emocionales de variada intensidad durante todo el proceso de tratamiento o internación. Entre ellos el miedo, la ansiedad, la rabia y la depresión, son los más frecuentes e incluso esperados. Pueden aparecer otros como la regresión o las reacciones psicóticas y es importante conocerlos para tratarlos adecuadamente. Se debe tener en cuenta que el paciente se enfrenta al dolor, a un severo desequilibrio fisiológico y a la hospitalización. Esta última puede ser muy prolongada y la persona se debe adaptar a ser casi completamente dependiente de otros, sobre todo al inicio del tratamiento. Aparece en algunos casos también el temor a la mayoría de los procedimientos, e incluso por su propia vida. Es importante conocer la historia del paciente y su manera de manejar el estrés ante otras situaciones complejas de su vida, ya que la quemadura es súbita, sobreviene sin la posibilidad de prepararse para manejarla.

A su vez, es fundamental entender la complejidad de la situación en la que se encuentran los pacientes durante la internación. Tal como dicen Alcázar, Fidalgo y Laplana (2014), ésta se caracteriza por el aislamiento, con un régimen restringido de visitas que dista mucho de la cercanía y el apoyo que necesitaría la persona en un momento tan estresante de su vida. Como se mencionaba anteriormente, durante su hospitalización, el individuo vive de manera inesperada un gran cambio en sus patrones de vida, colocándolo en una posición de mayor vulnerabilidad física y emocional, además de los grandes cambios en relación a su imagen corporal, que en muchos casos resultan realmente difíciles de procesar.

Herndon (2009) refiere que la “curación psicológica” se produce a la par de la “curación física”, o así debería ocurrir durante el tratamiento de las lesiones por quemaduras. Para lo cual es importante conocer aquellos aspectos psicosociales que suelen aparecer en este proceso, de manera que se pueda preparar al paciente para afrontarlos. Divide la recuperación en cinco fases: ingreso, cuidados intensivos, recuperación en el hospital, reintegración y rehabilitación. Se destacarán, a continuación, los factores emocionales que el autor menciona en relación a cada etapa, siendo de mayor interés para este trabajo las primeras tres.

A) Crisis del ingreso: el autor afirma que todas las personas que han sufrido quemaduras graves sufren dolor y ansiedad. La mayoría de ellas sienten terror, confusión y un gran impacto a nivel psicológico, incluso pueden creer que la muerte es inminente. Resulta necesario intervenir apuntando a tranquilizar al paciente, ya que los altos niveles de ansiedad pueden dificultar su capacidad de comprensión. De tal forma que, en este primer momento, hay que evitar hablar del acontecimiento o las lesiones, evitando que se sienta emocionalmente abrumado.

B) Fase de cuidados intensivos: en este momento, a la ansiedad se le suma el temor a la muerte, el cual se funde con el miedo al dolor y a las intervenciones terapéuticas. Pueden aparecer también síntomas de desorientación, confusión, alteraciones en el sueño, psicosis transitorias o delirios, asociados posiblemente a factores orgánicos surgidos tanto de las lesiones como del tratamiento. Por otro lado, también suele ocurrir que surjan recuerdos vívidos o pesadillas en relación al evento, por lo que se debe estar dispuesto a escuchar y explicar que son fenómenos normales en estos primeros momentos de la recuperación. Las valoraciones periódicas de las molestias y dolores validan las preocupaciones del paciente, significan que los profesionales consideran el malestar como un aspecto importante. A su vez, generan una expectativa de alivio al dolor y la ansiedad cuando estos se vuelven un problema, y previenen sentimientos de desesperación, impotencia y depresión.

C) Fase de recuperación en el hospital: en este momento las personas ya se encuentran en mejores condiciones físicas. Aquí el desafío se centra en lograr que participen de manera activa de su propia recuperación y siguiendo las instrucciones de los profesionales, aunque puedan causar molestias físicas. Los pacientes recién empiezan a comprender la magnitud de sus lesiones y la ansiedad aparece relacionada al futuro, puede aparecer también angustia, ira y nuevos miedos. Es cierto que en la mayoría de los casos la ira se dirige hacia quienes considera como objetivos más seguros, como lo son sus familiares.

El dolor sigue siendo un problema y a medida que los pacientes aumentan su actividad en los ejercicios de rehabilitación hay que prestar atención a las nuevas experiencias dolorosas que van apareciendo. Los pacientes se enfrentan a las nuevas limitaciones físicas impuestas por sus lesiones y experimentan sus cuerpos como incompetentes y desfigurados. (Herndon, 2009, p. 600)

Puede aparecer temor y un sentimiento de ambivalencia en relación a reanudar su cuidado personal, luego de un largo periodo de dependencia. Mientras más se prolonga la internación,

más posibilidades hay de que sufran frustraciones repetidas, y puedan deprimirse a raíz de la impotencia que la situación genera.

D) Reintegración: en este momento se apunta a facilitar la vuelta del paciente a su vida en el hogar. Puede aparecer tanto en las familias como en los pacientes un sentimiento ambivalente con respecto a dejar el entorno seguro del hospital. Los pacientes pueden presentar temor al rechazo social o el ridículo debido a los cambios en sus capacidades y aspecto físico, también pueden dudar de su capacidad para reanudar sus actividades anteriores. Al acercarse la fecha del alta, la ansiedad es más intensa y es esperable que aparezcan algunas conductas regresivas que a su vez pueden reforzar las dudas de la familia. El trabajo desde salud mental consiste en la psicoeducación y preparación del paciente y la familia para las dificultades esperables en el momento del alta. Puede resultar útil fomentar que el paciente y la familia se ocupen de los cuidados diarios con objeto de que puedan asumirlos en el grado en que tendrán que hacerlo cuando regresen a su casa.

E) Rehabilitación: con el alta se debe dejar el ambiente protector del hospital, y es posible que los síntomas de estrés postraumático que habían remitido reaparezcan. El paciente todavía debe continuar con el arduo proceso de tratamientos físicos, al mismo tiempo que trabaja para incorporar la multiplicidad de cambios que se han producido en la imagen propia y que debe aceptar. El proceso de rehabilitación a veces requiere meses o incluso años y los pacientes, así como su entorno, pueden sentirse desalentados. Ante este panorama, puede ser muy útil el establecimiento de una serie de factores de predicción mediante los cuales visualizar cuánta mejoría funcional puede esperarse y qué tiempo tardaría en lograrse.

Tal como se mencionó, en este trabajo se apunta a analizar los factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras, para tal fin se seleccionan tres de estos factores: miedo, ansiedad y depresión. Entendiendo que pueden existir, y de hecho existen, una multiplicidad de componentes emocionales intervinientes que no se abarcarán en esta oportunidad.

6.3.1. MIEDO, ANSIEDAD Y DEPRESION.

Ortega Ruiz y Cabrera Cabrera (2012) destacan que, una vez que los pacientes que han sufrido quemaduras atraviesan la primera fase aguda de su internación y el peligro de muerte ya pasó, comienza la lucha contra el dolor y un constante análisis sobre su vida futura. En este momento se hace factible la aparición de tres reacciones psicológicas o emocionales frecuentemente observadas: el miedo a los tratamientos; la ansiedad sobre las posibilidades futuras de funcionamiento; y la depresión moderada como consecuencia de las alteraciones físicas, la desfiguración o la posible separación de sus seres queridos.

La experiencia de dolor, sobre todo agudo, suele asociarse al miedo y la ansiedad, pero es importante diferenciar estos estados emocionales: “el miedo es generado por una amenaza presente e inminente y motiva una respuesta defensiva activa (escape). La ansiedad en cambio, surge desde la anticipación y se caracteriza por la vigilancia y la respuesta defensiva pasiva (evitación)” (González, 2014, p. 611). El miedo, como emoción primaria adaptativa surgida ante un estímulo externo, ha mostrado incluso inhibir el dolor a través de la activación de opioides endógenos. Sin embargo, ante reiteradas experiencias de miedo puede surgir la ansiedad, y por ende el aumento del dolor. De tal forma que, estas emociones que en un principio eran adaptativas, se transforman en lo contrario ante la persistencia del dolor en el tiempo, interfiriendo en la evolución del paciente de manera negativa.

Cano et al. (2009), hacen la distinción también entre el miedo y la ansiedad, dicen que ambas son emociones existenciales, en tanto que suponen amenazas a la seguridad personal. Pero se distinguen, ya que el miedo se produce en situaciones donde se percibe un peligro inmediato a la integridad física, como es el caso del miedo al dolor cuando se aproxima una cirugía compleja. Por su parte, la ansiedad surge ante una amenaza más genérica e incierta, como podría ser la incertidumbre sobre la evolución del tratamiento del paciente o los futuros procedimientos que se llevarán a cabo sobre su cuerpo a lo largo de la internación. En definitiva, según Ortega Ruiz y Cabrera Cabrera (2012), lo que diferencia estas dos emociones es la naturaleza del estímulo que las origina. En el caso del miedo, este surge ante una estimulación potencialmente peligrosa, el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que lo amenaza y se prepara para responder. Se trata de un legado evolutivo vital, es una respuesta emocional

adaptativa en la que los cambios fisiológicos y cognitivos que acontecen tienen como finalidad desencadenar una respuesta conductual que favorezca la supervivencia o protección.

Existe un claro parentesco entre el dolor y la enfermedad o la muerte, por lo que, según Rinaldi (2001), queda explicado el temor incluso irracional que genera el dolor en el paciente. Particularmente, en los pacientes quirúrgicos, a quienes el dolor les puede llegar a provocar abatimiento, depresión y hasta desesperanza. Dentro de los diversos temores que surgen en los periodos preoperatorios, la preocupación por el dolor posoperatorio es de las más frecuentes según el autor. En muchos casos los pacientes quisieran dormir hasta que todo haya pasado o no quieren llegar despiertos al quirófano, les inquieta como van a poder manejar el dolor y si se los va a asistir en esto, incluso pueden llegar a solicitar extender su internación por miedo a quedar desprotegidos fuera del ambiente hospitalario. Por otra parte, se ha observado también que un miedo preoperatorio moderado, basado en los conocimientos previos del tema, puede estimular mecanismos defensivos que reduzcan el sufrimiento posquirúrgico, por lo que el sufrimiento anticipatorio puede tener ventajas, siempre y cuando genere comportamientos de solución del problema (Craig, 2007).

Por su parte, Moix Queraltó (2005) habla sobre algunos factores que pueden llevar a la perpetuación del dolor, dentro de las explicaciones conductuales, habla de la relación entre el miedo al dolor y las conductas de evitación. Estas conductas evitativas, derivadas de un temor por volver a experimentar dolor, pueden llevar a que la persona disminuya notablemente la actividad física. Esta inactividad trae como resultado un debilitamiento de la musculatura, y también la alteración de otros procesos fisiológicos que no favorezcan la evolución del paciente, ni disminuyan en definitiva el dolor.

La ansiedad es una respuesta emocional compleja, adaptativa y displacentera, que consiste en un estado de agitación o inquietud. Se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático, se producen cambios fisiológicos mediados por el sistema neurovegetativo. Se define por su carácter anticipatorio, confiriéndole al ser humano la capacidad de prever el peligro o amenaza para sí mismo, por lo que tiene un valor funcional importante activando la capacidad de respuesta del individuo. “Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003, p.15). La ansiedad es una de las manifestaciones que se asocian con el dolor, pudiendo ser anticipadora ante determinado

evento, o ser componente emocional de la experiencia dolorosa. Cuando esta se manifiesta en vísperas de una crisis dolorosa, modifica la receptividad al dolor e influye sobre la intensidad con que lo vivencia el sujeto (Vilas, Lima Mompó, Casanova Sotolongo, P. Casanova Carrillo y Casanova Carrillo, 2003).

Si bien la ansiedad es experimentada y expresada de manera diferente por cada persona, se destacan algunas manifestaciones o síntomas importantes de tener en cuenta, desde el punto de vista psicológico, en relación a pacientes quemados: nerviosismo, irritabilidad; referencias de malestar, tristeza, indefensión o soledad; dificultades para conciliar o mantener el sueño, así como para lograr relajar el cuerpo; dificultades para concentrarse; referencias de bajo nivel de energía o cansancio; temblores; cefaleas; sudoración; palpitaciones o taquicardia; problemas gastrointestinales; hiperventilación; entre otros (Fernández-Vega Barreto, Puebla Farigola y Carrillo Vázquez, 2015; Ortega Ruiz y Cabrera Cabrera, 2012).

Alcázar et al. (2014), hablan particularmente de la ansiedad en los pacientes quemados, y dicen que está generada, principalmente, por la preocupación anticipada a lo que les va a ocurrir en un futuro, así como por otras circunstancias derivadas del ambiente hospitalario en el que se encuentran. Estos grandes niveles de ansiedad hacen que su tratamiento sea una tarea estresante tanto para el propio paciente como para los profesionales de la salud que lo atienden, lo cual implica que los temas psicológicos y sociales pasan a ser parte integral del tratamiento desde el momento de la quemadura, hasta la recuperación total del paciente. A su vez, destacan la necesidad de implantar la atención psicológica en estos servicios, determinando el grado de ansiedad que sufren los pacientes durante sus primeros días de ingreso hospitalario. Apuntando a identificar a aquellos en riesgo de padecer mayores niveles de ansiedad durante su hospitalización, y brindarles atención psicológica adaptada a cada individuo favoreciendo su evolución física.

Saino (2013) destaca la reconocida interrelación entre el dolor y la ansiedad, a mayor ansiedad, aumento del dolor y viceversa. La reacción emocional más frecuente es la actitud de temor y rechazo por parte del paciente. Puede aparecer la disforia ante las curas, que se manifiesta con signos de irritabilidad, malestar, cambios de humor y aumento de la ansiedad anticipatoria, perpetuándose el circuito dolor-ansiedad. Algunas personas, aún con dosis altas de analgésicos, experimentan dolor durante las curas, por lo que se produce un aumento en las demandas del paciente hacia el equipo, con el deterioro de la relación entre ellos. Según Craig (2007), la presencia de niveles demasiado elevados de ansiedad anticipatoria en relación a una

cirugía, sobre los posibles riesgos y problemas, hace prever una experiencia posquirúrgica adversa y un dolor posoperatorio más grave de lo previsto, reduciendo así la satisfacción del paciente. El sujeto siente que ha perdido el control de casi todo, que se ha vuelto dependiente en un entorno que le resulta desconocido, y a su vez, teme perder el control sobre sus emociones.

A su vez, al involucrarse diversos sistemas biológicos aparece el llamado “ciclo dolor-ansiedad-tensión” que permite comprender algunas formas de dolor agudo y crónico. Lo que ocurre es que el dolor provoca ansiedad, lo que a su vez provoca un espasmo muscular prolongado en el lugar donde está localizado el dolor y en los puntos de estímulo. Generando así un aumento de la percepción dolorosa, al incrementarse la tensión muscular alrededor de la zona lesionada, manteniéndose la sensación de dolor, lo que nuevamente le produce niveles altos de ansiedad y perpetúa el ciclo (Craig, 2007; Ortega Ruiz y Cabrera Cabrera, 2012).

Se considera a la ansiedad como uno de los factores de riesgo más relevantes en la cronificación del dolor. Tal como dice Miró (2003) la forma en que los profesionales y personas cercanas al paciente responden a sus conductas puede reforzar los temores, preocupaciones y las conductas de evitación, adoptando un rol pasivo y fomentando el deterioro físico. En esta misma línea, Herndon (2009) destaca que un ambiente de apoyo disminuiría la ansiedad del paciente, incrementando su capacidad para alcanzar un alivio progresivo del dolor, tanto en reposo como el que surge de las diversas intervenciones. Para esto puede resultar eficaz la inclusión del paciente en su propio cuidado. De esta manera, aquellos pacientes que se muestran hipervigilantes y con desconfianza hacia el equipo tratante, suelen lograr la capacidad de controlar su dolor si, por ejemplo, se quitan ellos mismos los vendajes o limpian sus propias heridas, dentro de lo posible.

Por otra parte, a medida que el paciente progresa en su tratamiento hacia la búsqueda de una solución a su situación, puede pasar que, por diferentes motivos, las condiciones de salud empeoren o se enlentezca la recuperación. Apareciendo como consecuencia, en algunos casos, problemas de depresión. Surge un sentimiento de incapacidad que acarrea desinterés del paciente por recuperarse, incluso el incumplimiento de las indicaciones terapéuticas (Miró, 2003). Sobre esto, Chóliz Montañés (1994) dice que, en la mayoría de los casos, la presencia de sintomatología de tipo depresiva hace que disminuya el nivel de tolerancia al dolor. Incluso que pueda desarrollarse algún cuadro clínico de dolor crónico, ya que estas vivencias implican desesperanza y resignación ante no poder evitarlas.

La depresión, que según González (2014) puede ser entendida como un compromiso emocional que implica ánimo negativo, desesperanza, anhedonia, trastorno del sueño, entre otros síntomas, se presenta con frecuencia en pacientes que experimentan dolor. Sobre todo si hablamos de un dolor que persiste, surgiendo la posibilidad de que aparezca mayor intensidad en su percepción, y constituyéndose también en un factor de riesgo de incapacidad. Se ha comprobado que cuando el agravamiento del dolor es tal que interfiere con importantes actividades vitales, limita la recompensa social al reducir el sentido de autocontrol del paciente o el dominio de sí mismo, aparece como consecuencia la depresión (Craig, 2007). Desde su experiencia, Saino (2013) reconoce la frecuencia con la que se puede observar sintomatología de depresión en los pacientes quemados. A las manifestaciones ya mencionadas, la autora destaca que pueden presentar apatía, llanto, disminución del apetito, y serias dificultades para dormir. Eventualmente pueden presentar signos más severos como retardo psicomotor, pérdida de los deseos de vivir, desilusión o ideas suicidas.

A su vez, se entiende a la depresión como la respuesta habitual ante una pérdida, como puede ser el caso del paciente quemado que enfrenta pérdidas de funciones corporales, de familiares, materiales, entre otras. Además de estas pérdidas, existen diversos motivos por los que estos pacientes pueden presentar sintomatología depresiva, entre los que cabe destacar: el aislamiento al que se ven sometidos, las dificultades en las relaciones interpersonales e íntimas, la falta de comunicación con personas significativas, las alteraciones en la imagen corporal y la deformidad producto de la quemadura, el sufrimiento por la pérdida de su autonomía, el cambio de roles al que se ve forzado, la incertidumbre ante el futuro en cuanto a lo personal, familiar, laboral y social. Es a raíz de todos estos factores intervinientes, que resulta fundamental que los profesionales de la salud ayuden al paciente a manejar el proceso de elaboración de la pena. Dentro de este proceso se lo debe animar a recibir visitas, realizar actividades placenteras y desarrollar terapias físicas tempranas. Además es importante que este en contacto con otras personas en su misma situación, ya que se ha observado que el apoyo entre aquellos que han sufrido o están atravesando una recuperación por quemaduras tiene resultados positivos (Ortega Ruiz y Cabrera Cabrera, 2012).

Por su parte, Chóliz Montañés (1994) destaca que, si bien la depresión y el dolor son dos fenómenos distintos que pueden interrelacionarse, en ambos aparece la incapacidad para modular o expresar sentimientos ante situaciones estresantes. De tal forma que aquellos que presentan esta incapacidad serían más propensos a sufrir episodios depresivos y procesos de dolor crónico. Por último, el mismo autor argumenta que:

Tanto la ansiedad como depresión son emociones secundarias que aparecen como consecuencia de los esfuerzos fallidos por superar las emociones primarias producidas por un evento estresante (miedo, ira, por ejemplo) y que ello produce tanto una mayor sensibilidad al dolor como un descenso en niveles de endorfinas. (Chóliz Montañés, 1994, pp. 7-8)

6.4. EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES QUEMADOS.

Herndon (2009) destaca el sufrimiento psicológico que experimentan los pacientes durante la internación en el hospital, y el impacto duradero de este sobre su salud y calidad de vida. A su vez, se lo asocia a una alteración significativamente mayor de las funciones físicas y psicológicas, y también a una recuperación más lenta a lo largo del primer año después de lesiones importantes por quemaduras. Por otro lado, el mismo autor dice que si bien muchos de los pacientes que sobreviven a las quemaduras logran adaptarse y reanudar su vida positivamente, no debe interpretarse nunca como una prueba de que la adaptación sea fácil. Sobre todo no se debe subestimar o minusvalorar el dolor y el sufrimiento que soportan tanto por sus heridas físicas como psicológicas.

Ibáñez (2011) afirma que uno de los errores claves en el tratamiento del paciente quemado, es intentar tratarlo sin contar con la infraestructura adecuada y un equipo interdisciplinario entrenado. El autor propone que el equipo debería estar formado mínimamente por: médico cirujano, médico clínico, enfermeros, kinesiólogo, nutricionista, trabajador social y psicólogo. Apuntando a ayudar al paciente y a su familia en el proceso del tratamiento. Este equipo debería reunirse con frecuencia para discutir el caso particular de cada persona que se encuentra internada, desde una visión interdisciplinaria del problema y aunando criterios de comunicación y abordaje.

En función de todo esto y con la intención de trabajar desde la prevención, Herndon (2009) remarca que el rol del psicólogo clínico a lo largo de la internación de un paciente quemado se vuelve fundamental. Consiste en dejarle claro a la persona que todo superviviente a las quemaduras es un ser humano que puede ser fuerte, alegre, competente, optimista y autónomo, pero que también puede tener momentos de tristeza, desesperación, impotencia o rabia. Ortega Ruiz y Cabrera Cabrera (2012) también hacen hincapié en la necesidad del psicólogo clínico como parte del equipo multidisciplinario. Este tendría la finalidad de brindar apoyo y a su vez

detectar de manera anticipada manifestaciones de ansiedad y depresión en los pacientes, evitando la instauración de trastornos futuros. Además de contribuir a la realización de un plan terapéutico para lograr un mejoramiento integral de las personas internadas.

Por su parte, Ayuso y Parra (1998) destacan la importancia de la valoración diaria del estado mental del paciente, y refieren que se le debe prestar tanta atención como al estado físico de este. Las condiciones que caracterizan la internación en el servicio de quemados, tales como el aislamiento, la prolongada duración y los múltiples y dolorosos tratamientos, implican, como se decía anteriormente, que el trabajo de los profesionales de salud mental cobre gran relevancia. Resulta fundamental brindar apoyo emocional constante, facilitar la comunicación verbal o escrita, mostrarse receptivos a las inquietudes, disipando dudas y destacando los aspectos positivos de su evolución. La explicación de los procedimientos, técnicas e intervenciones que se llevarán a cabo sobre su cuerpo, proporciona tranquilidad y confianza. Todo esto le permitirá canalizar las preocupaciones, y facilitará el proceso de rehabilitación física, recuperación emocional y adaptación social.

Saino (2013) remarca el papel preventivo que debe tener el seguimiento psicológico del paciente quemado. Apuntando en primera instancia a: asegurarse de que entienda su condición de salud, tratamiento y pronóstico; evitar discusiones o debates al lado de la cama del paciente, a menos que esté específicamente incluido en ellas; permitirle tanto control como sea posible en su tratamiento; colaborar en el manejo del dolor; y facilitar la oportunidad, en los casos que sea posible, de acceder al testimonio de pacientes quemados ya curados para generar efectos de soporte.

En relación al dolor particularmente, Larrea et al. (2015), hablan de tres pilares a tener en cuenta a la hora de pensar, con el equipo tratante, en el manejo del dolor del paciente quemado:

- 1) conocer los mecanismos que causan y perpetúan el dolor en el paciente quemado y los cambios fisiopatológicos en sus distintas etapas de evolución, de modo de generar estrategias de manejo agresivas y precoces, y con enfoque multidisciplinario; 2) medir adecuadamente el dolor: evaluación del dolor y 3) administrar las terapias adecuadas, tanto quirúrgicas, como farmacológicas y no farmacológicas: tratamiento del dolor. (p.92)

Los tratamientos no farmacológicos son parte de las intervenciones que el psicólogo clínico puede aportar durante la internación. Larrea et al. (2015), resaltan que el manejo debe iniciarse precozmente a fin de prevenir el desarrollo de ansiedad, perpetuando el ciclo del dolor.

Además es fundamental para evitar la aparición de un dolor que pueda volverse crónico y acarree un desmedro en la calidad de vida.

Existen múltiples técnicas que han demostrado efectividad en colaboración a las terapias farmacológicas habituales, entre ellas las técnicas de relajación, distracción, hipnosis, musicoterapia, realidad virtual, etc. Dentro de las técnicas de intervención cognitivas, la psicoeducación es la más utilizada a lo largo del proceso de recuperación del paciente quemado. Permite explicar e informar, tanto a la persona internada como a su familia, cual es la situación de salud que se atraviesa, cuales son los síntomas o manifestaciones que usualmente aparecen, y cómo se irá llevando a cabo el tratamiento. Según Miró (2003) el simple hecho de brindar información acerca de futuros acontecimientos potencialmente dolorosos al paciente, puede llegar a reducir el malestar y prevenir el incremento del dolor. Esto parece deberse a un sentimiento de control que genera la posibilidad de anticiparse a los hechos a través del conocimiento, tanto de los objetivos y métodos del procedimiento a utilizar, como de las sensaciones que el paciente puede experimentar.

Rinaldi (2001) coincide en relación a esto, el autor habla de los pacientes próximos a cirugías y destaca la importancia de hablar del dolor y decir la verdad sobre este. Considera que decir la verdad es prevenir, y prevenir no tiene que ver con evitar el dolor sino reconocerlo, darle un marco que lo configure y lo delimite al ponerlo en palabras. Esto permitiría disminuir la ansiedad que genera lo desconocido, y por ende persecutorio, en contrapartida a lo esclarecido y compartido. Una intervención quirúrgica constituye una amenaza severa a la integridad física y genera miedo e inseguridad, vinculada a la interpretación que cada paciente le da a su dolencia. Por lo tanto, el autor considera que un “abordaje ideal” de esta situación sería la “prevención psicosomática quirúrgica psicoterapéutica” y no simplemente médica, ya que en la primera el psicólogo interviene tanto en el periodo preoperatorio como en la etapa posquirúrgica, favoreciendo un activo proceso de adaptación frente a una realidad amenazante. Anticipar el dolor esperable, su curso, magnitud, duración, características y los tipos de analgesia que se pueden utilizar, atenúa notablemente la intensidad del dolor posoperatorio. Esto último juega un papel clave en el tratamiento del paciente quemado, debido a que el mismo implica un gran número de cirugías en un corto tiempo.

Plata, Castillo y Guevara (2004) destacan que el hecho de aliviar la ansiedad por medios o tratamientos no farmacológicos como tranquilizar al paciente y darle las explicaciones adecuadas, impacta de manera positiva generando una menor necesidad de medicamentos

preoperatorios y analgesia posoperatoria, influyendo también en el tiempo de permanencia hospitalaria, que puede llegar a ser más breve. Por el contrario, la presencia de ansiedad incrementa la posibilidad de interpretar los estímulos no nocivos como dolor, pudiendo experimentar éste con mucha mayor intensidad.

Por último y relacionado a esto, Carapia-Sadurni, Mejía-Terrazas, Nacif-Gobera y Hernández-Ordóñez (2011), evalúan los efectos de las intervenciones psicológicas sobre la ansiedad preoperatoria, llegando a la conclusión de que existe una disminución en los niveles de ansiedad antes y después de la cirugía debido a dichas intervenciones. Los autores confirman el hecho de que cuanto más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil resulta la convalecencia. Además, dicen que la ansiedad preoperatoria se asocia a mayor frecuencia de accidentes anestésicos a raíz de cambios fisiológicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria y mayores niveles de dolor postoperatorio. En cuanto al abordaje psicológico, la técnica más empleada fue la psicoeducación, descrita anteriormente. Concluyen que a los pacientes que se les explica en qué consiste su cirugía logran disminuir la ansiedad prequirúrgica, favoreciendo que después de la cirugía se reduzca el dolor y la recuperación sea más rápida. En función de esto se puede afirmar que es una de las técnicas psicológicas más viables, por las condiciones bajo las cuales se trabaja y por la necesidad identificada en los pacientes, que tiene que ver con la información acerca del proceso de la cirugía.

MODALIDAD DE TRABAJO

7. MODALIDAD DE TRABAJO

Tipo de estudio:

El presente trabajo de integración se realiza bajo la modalidad de sistematización de experiencia de prácticas. Siguiendo a Jara Holliday (2011), se habla de “sistematización de experiencias” debido a que se amplía la idea de sistematizar, definida principalmente por “clasificar, ordenar o catalogar datos e informaciones” (p. 3). En este caso se apunta a “obtener aprendizajes críticos de nuestras experiencias” (p. 3), con la intención de comprenderlas y extraer sus enseñanzas, apropiándonos críticamente de ellas, para luego comunicarlas y compartirlas con otras personas. El mismo autor destaca que este tipo de estudio nos permite reconocer “los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo” (p. 4) a lo largo del proceso. A su vez, se caracteriza porque “los principales protagonistas de la sistematización deben ser quienes son protagonistas de las experiencias” (Jara Holliday, 2011, p. 5).

Caracterización de los sujetos:

Se seleccionan siete usuarios de entre 17 y 61 años, mujeres, internadas en el servicio de quemados del “Hospital Córdoba” en diferentes periodos de tiempo entre los meses de mayo y noviembre del año 2019. Teniendo en cuenta el diagnóstico de profundidad, presentan quemaduras de tipo A (superficiales), AB (intermedias) y/o B (profundas). Estas quemaduras son de diferentes causas, extensión y localización. Para este trabajo se seleccionan aquellos usuarios que presentan porcentajes de quemaduras intermedias y/o profundas, ya que esto implica la necesidad de realizar intervenciones quirúrgicas de trasplantes o autotrasplantes de piel, como así también curaciones y rehabilitación.

Al final de este apartado se presenta una tabla (Tabla 1) que detalla cada uno de los casos seleccionados.

Tabla 1

Casos seleccionados

Nombre	Edad	%SCQ*	Profundidad	Localización	Causa	Tiempo de internación
Sandra	44	25%	Sin datos precisos	Ambas piernas	Explosión de una garrafa	59 días
Gloria	61	22%	ABB (20%) B (2%)	Mentón, cuello, tórax anterior, abdomen, brazo y mano izquierda, muñeca y pulgar derecho	Manipulación de un tarro de alcohol para calefaccionar	112 días
Andrea	17	7%	ABB	Ambas piernas (arriba de la rodilla) y pubis	Manipulación de una estufa, explosión de una botella de alcohol	24 días
Valeria	26	8%	B	Ambas piernas	Manipulación de Popper	43 días
Natalia	60	12%	A, AB (10%) B (2%)	Ambas piernas	Intención de avivar fuego con alcohol (se mojó con el mismo y el fuego la alcanzó)	58 días
Fernanda	17	18%	ABB, B	Glúteos y ambas piernas	Accidente moto-auto (contacto con agua caliente del radiador)	28 días
Josefina	32	24%	AB (22%) B (2%)	Cuello, tórax anterior, abdomen, ambos brazos y ambas piernas	Hétero-agresión de su pareja (roció alcohol sobre su cuerpo y prendió fuego)	68 días

*%SCQ: Porcentaje de Superficie Corporal Quemada.

Técnicas de recolección de datos:

Para acceder a la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos propuestos, además de la bibliografía pertinente, se han elegido ciertas herramientas o instrumentos, a saber: registros, observación participante y entrevistas semi-estructuradas.

Registros: siguiendo a Jara Holliday (2011), resulta indispensable realizar y guardar registros de lo que ocurre en la experiencia de prácticas, se pueden utilizar anotaciones, fichas, grabaciones, etc. En este caso el mayor insumo proviene de las anotaciones o registros escritos en el cuaderno de campo, que se realizan a posteriori de cada participación en las actividades en la institución.

Observación participante: según Yuni y Urbano (2006), requiere una interacción con la realidad a observar, donde se ingresa a la situación modificándola temporariamente mediante el ejercicio de un rol, en este caso como practicante. La información pesquisada en las entrevistas de seguimiento se plasma también en el cuaderno de campo, para su posterior procesamiento con la finalidad de categorizar y analizar lo observado. Esta herramienta se constituye en una fuente clave de información debido a que “las conductas de dolor abarcan las expresiones faciales o verbales de malestar, la deambulaci3n, posturas desadaptadas, signos de afectividad negativa y evitaci3n de la actividad” (Hadjistavropoulos y Craig, 2002, citado en Olivares Crespo y Cruzado Rodríguez, 2008, p.325).

Entrevistas semi-estructuradas: según Yuni y Urbano (2006) las entrevistas permiten “obtener informaci3n provista por los propios sujetos, y con ello se obtiene un acceso m3s directo a los significados que 3stos le otorgan a su realidad” (p. 81). Para este caso se apunta a una entrevista de tipo semi-estructurada, en donde -según los mismos autores- se tiene un listado tentativo de preguntas en el cual se se3alan los temas relacionados con la tem3tica que se quiere indagar, sin aferrarse a la secuencia establecida previamente.

Consideraciones 3ticas:

En todos los casos se consider3 fundamental el respeto de los derechos de los pacientes, por lo que la participaci3n de los mismos en las entrevistas fue voluntaria, bajo consentimiento informado. Adem3s se apunta al resguardo de la identidad de todas las personas involucradas y la confidencialidad de los datos obtenidos a trav3s de los diferentes instrumentos mencionados antes. En el caso de los profesionales se los denomina en funci3n de su cargo y/o profesi3n, y en el caso de los pacientes se les asigna un nombre ficticio.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.

En este apartado se hará una descripción y recuperación del proceso vivido en la experiencia de prácticas en el periodo de abril a noviembre del año 2019. Se explicará en los distintos apartados cada una de las actividades en las que he participado, como se desarrollaron, cuál fue mi rol como practicante y las vivencias más significativas, entre otros datos que permitan una visión global del proceso. Se hará mayor hincapié en la actividad del Servicio de Quemados debido a que es el espacio que retomo para el análisis de la experiencia.

La práctica comenzó el día miércoles 17 de abril de 2019, con nuestro ingreso a la institución. La misma se llevó a cabo en la División de Salud Mental del Hospital Córdoba, en donde he tenido la oportunidad de participar de actividades de diversa índole. Para el primer semestre se establecieron para mí las siguientes actividades: los días lunes la Junta Calificadora de Discapacidad y el taller de música; los martes las consultas con psiquiatría; los días miércoles el grupo psicoterapéutico; y los jueves las intervenciones en el IQ. Por otra parte, para el segundo semestre se intercambiaron algunas actividades con mi compañera, dándonos la posibilidad de experimentar todos los espacios disponibles, las actividades acordadas fueron: los lunes el taller de música; los días martes la Junta Médica, las valoraciones pre-trasplante de pacientes con insuficiencia renal y las intervenciones en el IQ; los miércoles consultas con psiquiatría (con otro profesional del servicio, diferente a la Dra. del primer semestre) y la Junta Calificadora de Discapacidad; y los días jueves consultorio de psicología. A su vez, nos dieron durante todo el año la oportunidad de participar de diversas interconsultas en los múltiples servicios del hospital en función de la demanda, lo cual se realizó tanto dentro de los horarios establecidos, como fuera, extendiendo la jornada.

A) Junta Calificadora de Discapacidad: está ubicada en el subsuelo del hospital, la misma depende de un sistema nacional. Está integrada por una médica, una trabajadora social y una psicóloga, al comenzar las actividades la licenciada nos explicó que:

Se tenía en cuenta el manual de CIE-10 y el CIF que es la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Anteriormente se tenían en cuenta

los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía para calificar las problemáticas de los pacientes, hoy por el contrario se apunta a las potencialidades, lo que el paciente sí puede hacer. Se evalúan cuatro áreas: funciones corporales, estructura corporal, actividad y participación, y factores ambientales.¹ (Registro, 22/04/19)

Se realizan entrevistas a las personas que demandan acceder al Certificado Único de Discapacidad (CUD), en estas se completa el protocolo establecido y se solicita la documentación correspondiente. La psicóloga nos explicó también que *“para la evaluación que realiza la junta no se tiene en cuenta la enfermedad en sí, sino las secuelas que esta produce y la rehabilitación que el paciente necesita, porque la finalidad es brindar prestaciones”* (Registro, 22/04/19). Luego, codificamos las afecciones del paciente en función del CIF, pudiendo tener discapacidades motoras, viscerales, mentales, intelectuales, visuales y/o auditivas. En esta parte del proceso he participado más activamente con la finalidad de lograr un buen conocimiento y manejo del manual y de los criterios a la hora de asignar ciertos códigos. Posteriormente subimos los datos a la plataforma nacional y si todo está conforme a lo establecido, en una semana se entrega el CUD. Con respecto al rol de practicante, en el caso de las entrevistas fue de observadora participante, pudiendo en algunos casos, más avanzado el año, hacer preguntas o tomar los datos que se requieren en el formulario, en el resto de las actividades colaboré con las profesionales a fin de llevar a cabo las tareas necesarias.

En el tiempo que participé de esta actividad han concurrido personas con las más variadas discapacidades y secuelas, algunos ejemplos son: un paciente que su hermana nos explica que *“tiene diabetes, e insuficiencia renal a causa de esta, hace siete años fue trasplantado pero tuvo un rechazo hace algunas semanas y tuvo que empezar diálisis nuevamente”* (Registro, 20/05/19). Otro paciente que concurre con su madre quien nos cuenta que *“tiene una talla vesical y además tiene paraplejía flácida”* (Registro, 27/05/19); “un paciente con esclerosis múltiple, que tiene desmielinización del cerebelo por lo tanto consecuencias eminentemente motoras” y la trabajadora social que lo vio dice que *“es muy joven y precioso el chico y ya tiene un gran deterioro”* (Registro, 03/06/19), entre otros tantos casos que me han permitido conocer una multiplicidad de realidades. En relación a pacientes con discapacidades mentales o intelectuales, he visto en la mayoría de los casos personas con esquizofrenia, retraso mental o síndrome de Down, por ejemplo:

¹ Desde aquí, las citas de los registros de campo se colocarán siguiendo las normativas de APA para las citas textuales cortas y largas. Con la excepción de que se indicarán los registros textuales de los/las pacientes y profesionales en cursiva.

Una paciente con diagnóstico de retraso mental nos contó que no maneja el dinero porque, si bien reconoce los billetes, no sabe cuándo le dan un vuelto, tampoco se mueve sola en la ciudad. Dice que terminó el colegio secundario en una escuela especial y que le gustaría tener un trabajo, que le gusta cuidar niños. (Registro, 23/10/19)

En algunas oportunidades se presentaron pacientes con situaciones complejas pero a las cuales no les correspondía el CUD y resultó importante explicarles porqué. Por ejemplo: a una paciente que fue trasplantada de riñón hace siete años, la psicóloga le explicó que *“luego del año de trasplantada ya no se considera discapacidad”*, ella además dijo que tiene lupus y piel de cristal, en función de esto se le explicó que *“necesitamos un certificado que diga qué secuelas tiene por estas enfermedades porque si no solamente se considera que es una paciente con enfermedades crónicas, pero que no tiene una discapacidad puntual”* (Registro, 20/05/19).

B) Taller de música: está coordinado por una psicóloga, quien nos explicó el primer día que en el taller *“se pretende que la gente no venga al hospital solamente cuando está enferma, y se apunta a la vitalidad”* (Registro, 22/04/19). Además colaboran una psiquiatra y una fonoaudióloga, y frecuentemente se incorporan practicantes de fonoaudiología. Sobre el rol de las practicantes se podría decir que fuimos observadoras participantes, pero la psicóloga siempre nos dijo que en este taller todos tenemos la libertad de participar como queramos, incluso haciendo propuestas de actividades, tanto los profesionales como los pacientes. En función de esta posibilidad me he ido animando a participar más activamente a lo largo de las semanas, siempre realizando las actividades propuestas al igual que todos los miembros del taller, pero también aportando comentarios e incentivando a los usuarios a participar activamente. A este espacio concurren, en general, pacientes del hospital que en algunos casos están realizando tratamiento o seguimiento por alguna patología crónica, preparándose para alguna cirugía o pacientes de salud mental que se les ofrece participar de la actividad. Algunos forman parte del taller hace ya varios años y otros se han incorporado este año, algunos concurren todas las semanas y otros cuando pueden hacerlo, eventualmente.

Las actividades las planificaba la psicóloga, quien además es la que toca la guitarra, y colabora la fonoaudióloga, quien aporta los ejercicios de calentamiento corporales y la preparación de la voz. Este año la propuesta fue trabajar en canciones que tienen que ver con la temática de la luna. Además se sumó durante la primera parte del año como actividad la meditación que ha tenido gran repercusión en los pacientes, lo que se pudo ver plasmado en los dichos de una de ellas que refirió que es muy difícil *“poder parar la mente y dejar de pensar en todo lo que tenemos que hacer”*. Dijo también que su marido *“naturalmente podía lograr*

esto y en nuestro caso los que venimos al taller no lo hemos logrado de una forma natural y estamos buscándole la vuelta" (Registro, 20/05/19).

Por lo general, en un primer momento del taller se daban unos minutos de conversación, abriendo la posibilidad a cada uno de comentar como están y, en algunos casos, que cosas han logrado mejorar en la semana. Luego se proponía la meditación y se hablaba sobre los efectos que genera, o los ejercicios de calentamiento y en la parte final del taller cantábamos.

Durante esta primera parte del año, en algunas oportunidades se propuso otras actividades o disparadores para abordar algunas temáticas específicas, por ejemplo: en una oportunidad la psicóloga dijo que había estado leyendo y recortó “algunas citas de un libro para compartir y debatir con el grupo. En función de esto algunos pacientes hablaron de la posibilidad de no ser tan impulsivos, practicando estrategias que nos permitan ante un impulso frenar y repensar lo que vamos a decir” (Registro, 29/04/19). Otra vez la fonoaudióloga propuso:

Leer una entrevista de una persona que era músico, sufrió un accidente y perdió un brazo, luego de una charla sobre las diferentes dificultades que se les presentan a cada uno, algunos pacientes dijeron que podrían empezar yoga, hacer actividades que les permitan vincularse, calmar la ansiedad, no quedarse encerrados para que de esa manera la cabeza esté funcionando constantemente y eso les genere mucha ansiedad. (Registro, 06/05/19)

Esto me permitió apreciar el impacto del taller en la vida de las personas que participan, quienes se dan la posibilidad de hablar sobre las cuestiones cotidianas que los aquejan, además de facilitar la sociabilización y la conformación de vínculos.

En la segunda parte del año, ante la propuesta de cantar en una jornada de capacitación por el día de la leucemia, se dispuso parte del tiempo para ensayar las canciones destinadas a eso. Esta oportunidad fue generando diferentes expectativas y logros en cada uno de los miembros del taller, estimulando la extroversión. También se han sumado en diferentes ocasiones otros músicos aportando su propio repertorio y sumándose a lo que el grupo venía trabajando, esto sirvió como incentivo para los pacientes. Un ejemplo fue la visita de una dupla de músicos que invitó mi compañera, en esta oportunidad ocurrió que:

Dos pacientes propusieron canciones que luego cantaron solos y los músicos acompañaron con sus instrumentos. Se notó un lindo ambiente de integración, alegría, sobre todo desinhibición. (...) Se habló entre canciones del significado de la música en la vida de las personas, recordando tanto historias personales como de cantantes y artistas conocidos, cómo la música ayuda a sobreponerse a muchas situaciones difíciles. (Registro, 02/09/19)

C) *Consultas individuales con psiquiatría*: en el primer semestre con una Dra., aquí mantuve un rol de observadora no participante y la Dra. me propuso el primer día que “luego de cada paciente podía hacerle las preguntas que quisiera y charlamos brevemente sobre el caso” (Registro, 30/04/19). Siempre me explicó porque prescribía las medicaciones en cada caso, me permitió presentarle mis dudas y hacer conjeturas que faciliten mi aprendizaje y el desarrollo de mi juicio clínico.

En general, la Dra. atendía al paciente, escuchando su situación en un primer momento, haciendo las preguntas pertinentes, y luego daba sus recomendaciones que pueden ser psicoterapia, medicación psiquiátrica o alguna otra actividad que se considere beneficiosa para la situación que atraviesa el paciente. En las entrevistas prestaba especial atención a las particularidades de cada persona con la finalidad de que, en función de las características de cada uno, puedan cumplir con lo acordado, por ejemplo:

A un paciente que sufre de estrés e insomnio porque está desempleado sólo le da medicación para que pueda dormir y dejar de pensar todo el tiempo. Me dice que no le da antidepresivos porque la situación se corresponde con un malestar socioeconómico, o sea es esperable que tenga estas manifestaciones, es una reacción normal al estrés. (Registro, 30/04/19)

A una paciente que sufre de ataques de pánico le dijo que va a seguir tomando la misma medicación porque se nota que ella viene muy bien, y que es interesante que pueda seguir aplicando estas técnicas [de respiración] que le permitan salir a la calle y que la psicoterapia sería una muy buena ayuda. (Registro, 07/05/19)

A otro paciente que también sufre de ansiedad y ataques de pánico le explicó que el síndrome o las crisis de ansiedad se tratan con medicación y con ejercicios, le dice que ‘*el remedio más a mano es la respiración*’ y es necesaria la psicoterapia. (Registro, 04/06/19)

Por otra parte, se destacó para mí en su accionar profesional, que siempre intentó comprender lo mejor posible el discurso de los pacientes y que ellos también entiendan que es lo que están viviendo y el porqué de sus prescripciones. A modo de ejemplo, en una oportunidad, una paciente dijo que le diagnosticaron trastorno de ansiedad por lo que la Dra. le preguntó “‘¿*Qué es para usted un trastorno de ansiedad? ¿Qué es la ansiedad?*’ y ella contesta que es sentir mucho miedo, que empieza a pensar cosas que ella sabe que no van a pasar, pero no lo puede evitar” (Registro, 07/05/19). En otra oportunidad consulta un paciente por problemas con su hijo a partir de lo cual se siente muy nervioso, él contó que “este fin de semana se desbordó, a lo que la Dra. le preguntó ‘¿*Qué significa desbordarse?*’, él dijo que es ‘*de lágrima fácil*’, que se sentía muy vulnerable, que no puede tomar las riendas de la situación”

(Registro, 28/05/19). En otra consulta concurrió una paciente con depresión que expresa que llora todo el tiempo, la psiquiatra le dijo que:

Tiene que pensar porqué llora y qué hace con eso que le genera angustia, tiene que hablar de lo que le pasa, de lo que siente y para eso es importante hacer terapia, ante el hecho de que nada la conforma se debe preguntar '*¿Qué busco? ¿Qué quiero? y es un trabajo que implica pensarse*'. (Registro, 28/05/19)

Han concurrido a consulta un amplio abanico de pacientes con situaciones muy variadas, pero podríamos destacar que concurren un gran porcentaje de personas que presentan trastornos psicológicos, mayormente depresión y ansiedad, en comorbilidad con otras patologías fisiológicas, en general crónicas tales como fibromialgia, diabetes, problemas cardiacos, entre otras; o en relación a situaciones/eventos vitales como conflictos familiares. Algunas manifestaciones de los pacientes:

Una paciente contó que la derivaron de psicología, donde antes había sido derivada por la doctora que la trata por la obesidad, está en el programa de cirugía bariátrica, hace un mes que lo retomó antes lo había empezado y lo dejó (...) dice que siente que cualquier cosa le produce llanto, que los hijos no se preocupen por ella la pone mal. (Registro, 28/05/19)

Un paciente dijo que tiene ataques de pánico desde que en 2011 tuvo un infarto (...) en los ataques relaciona todo con un problema cardíaco y tiene miedo inminente a morir, se hiperventila, se toma todo el tiempo la tensión apenas percibe un mínimo síntoma. (Registro, 04/06/19)

Otra paciente tiene hepatitis autoinmune y refiere que también tiene depresión (...) dice que ahora está teniendo muchas preocupaciones con lo económico pero que se está sintiendo mucho mejor [en referencia a la depresión], que viene una vez a la semana a psicoterapia (...) está muy preocupada porque le sacaron la asignación universal por hijo. (Registro, 07/05/19)

Como vemos, también apareció frecuentemente el estrés, insomnio o cuadros de ansiedad vinculados al desempleo o dificultades económicas, debido a la gran preocupación que genera llevar adelante la cotidianeidad. Me parece bastante complejo y preocupante como manifestación de una problemática y malestar social generalizado, por ejemplo: un paciente "dice sentirse cansado todos los días cuando sale a buscar trabajo, cuando lo consigue se siente bien, le cuesta conciliar el sueño porque se la pasa pensando soluciones a los problemas económicos" (Registro, 30/04/19).

Durante el segundo semestre mantuve esta actividad pero cambiando el profesional con el que la realizaba, en este caso un doctor. Él apuntaba especialmente a que yo pudiera utilizar las

consultas para aprender de la semiología de los diferentes cuadros, así que en muchas oportunidades luego de las consultas hablábamos sobre esto. En este espacio he tenido la oportunidad de ver algunos pacientes con sintomatología o estructuras psicóticas, por ejemplo:

Un paciente manifestó que escuchaba voces, se despertaba a la madrugada y le hablaba un chico y luego mujeres, le decían cosas (...) dijo *‘para mí son personas que practican esa clase de males, que tienen un pequeño poder que hacen el mal’*, en esta oportunidad el Dr. me remarcó que *‘es un caso interesante para apreciar la certeza que caracteriza a la psicosis’*. (Registro, 07/08/19)

Y también algunos pacientes con ideas e intentos suicidas, por ejemplo: una paciente que dijo que “tuvo un problema con el marido y se tomó dos tiras de clonazepam, por impulso, que está cansada de los problemas con él, y además su madre y su padre” (Registro, 04/09/19). Otra paciente que sufre de dolor crónico, ingresó por la guardia y a partir de ahí comenzamos su seguimiento “ella asegura que quiere morirse, desde el viernes tiene esa idea (...) dice que el problema es que se despierta muy alterada y comienza con las ideas, le preocupa quedarse sola porque dice que lo va a hacer” (Registro, 25/09/19). Estos son algunos ejemplos de casos que me han llamado la atención, y a raíz de los que he podido aprender sobre el rol profesional en situaciones específicas y complejas.

D) Grupo Psicoterapéutico: es un grupo semi abierto, ya que la psicóloga recomienda a algunos de sus pacientes de psicoterapia individual el ingreso al grupo cuando lo considera pertinente y beneficioso. Cuando se alcanzó el límite de seis pacientes que concurrían semanalmente el grupo se cerró ya que este es el cupo máximo habilitado.

En relación a la dinámica, esta solía variar en función de quienes concurrían cada sesión, habiendo personalidades más depresivas y otras más eufóricas y las presencias de unos u otros cambiaban incluso las temáticas que circulaban en el grupo. Esto ha influido también en mi participación, de observadora participante pero habilitada por la psicóloga para intervenir eventualmente. Cuando el grupo estaba en momentos de emocionalidad depresiva no me animaba a intervenir tanto pensando en el impacto que podrían tener mis palabras. La mayoría de los miembros del grupo eran pacientes que llevan tiempo trabajando juntos. Se podía apreciar la buena relación instaurada entre los miembros del grupo cuando una paciente, que se reincorporó a las sesiones, al presentarse me dijo que:

Hace mucho tiempo que viene al grupo, me cuenta que su marido falleció hace un tiempo y que ella se vio muy mal en ese momento y el grupo le ha servido para sentirse muy acompañada. Me dice que ella hacía primero terapia individual con la Lic. y

después ella le ofreció sumarse al grupo y está muy feliz de ser parte. (Registro, 22/05/19)

Por lo general se abordaron problemáticas actuales que aquejan la cotidianidad de los pacientes, que pueden o no tener que ver con su historia, y algunas cuestiones de su personalidad que buscan cambiar. Por ejemplo una temática que se repitió de diferentes maneras a lo largo de los encuentros que participé tiene que ver con que un paciente decía que “él considera que siempre trata de complacer (...) en su vida en general siempre está tratando de que los demás estén bien y se deja a él mismo en segundo plano y es por esto que termina angustiado” (Registro, 24/04/19). Ocurría casi siempre que se producían resonancias entre los pacientes y en función del discurso de uno, otros también lograban hacer sus asociaciones y abrir nuevas temáticas. También las intervenciones que apuntaban explícitamente a uno abrían posibilidades de elaboración para el resto, por ejemplo:

Ante una intervención de la psicóloga sobre que las piedras en los riñones de A seguro tienen un motivo específico en relación a sus tantas preocupaciones cotidianas, M dijo *‘la mía tiene el nombre de mi ex’* y contó un conflicto que se desató el fin de semana. (Registro, 05/05/19)

La psicóloga apuntaba a rescatar durante el proceso que se daba en la sesión, cual fue el punto en el cual empezaron, como se fue trabajando y como se llevan un cierre. Por más mínimo que sea el logro en la sesión hace hincapié en que se vayan con algo claramente elaborado; por ejemplo: en la primera sesión que participé “para terminar la Lic. les propone que cada uno se plantee una pregunta a responder, y que la respuesta en realidad iba a surgir en el mismo grupo”. Dos de los pacientes plantearon sus preguntas, uno dijo “*¿Cómo hacer para dejar de querer complacer a los demás?*” y el otro “*¿Cómo hacer para dejar de quejarse?*”, la tercera paciente pensaba y no lograba conformar una pregunta sino una reflexión que funcionó como respuesta, dice: “*tenemos que romper el círculo vicioso en el que se están repitiendo siempre las mismas conductas y los mismos errores, lo que nos lleva siempre al pozo*” (Registro, 24/04/19). A su vez, la licenciada también solía utilizar intervenciones de distinta naturaleza como psicodrama verbal, técnicas de programación neurolingüística, frases o postulados de la psicología gestáltica, sobre todo muchas metáforas, como herramientas en función de lo que resulta beneficioso y de impacto subjetivo para el grupo.

E) *Junta Médica:* estaba conformada por un médico psiquiatra y una licenciada en psicología, al ingresar a la actividad el doctor me explica:

Se manda a los pacientes de medicina legal para diagnosticarlos, o certificar su diagnóstico, para ver si suma al porcentaje requerido para el certificado de incapacidad laboral (mediante el cual se accede a una pensión no contributiva), por otra parte, se hacen también aptos de transporte. (Registro, 30/07/19)

En primer lugar el Dr. realizaba una entrevista a los pacientes donde se trataba de recabar datos sobre su estado de salud, en los casos que disponían de documentación en relación a sus patologías o diagnósticos la revisaba. Luego completaba la historia clínica digital, a la cual accederían los profesionales de la Unidad Médico Jurídica, consignando diagnóstico de salud mental, estado actual, tratamiento sugerido, pronóstico y si se solicita curatela. En este espacio mi rol en general fue de observadora participante, pero en muchas oportunidades el Dr. me habilitó a hacer preguntas y revisar entre los dos la situación del paciente. Pude participar de esta actividad solamente hasta el 17 de septiembre debido a que el espacio se cerró porque no está más Medicina Legal en el hospital, se utilizó este tiempo para recibir pacientes de consultorio externo de psiquiatría.

F) Valoraciones pre-trasplante en el servicio de nefrología: actividad de la que se encarga una psicóloga, se trata de una entrevista a aquellas personas que son candidatas a un futuro trasplante de riñón, ya sea que se los incorpore a la lista de espera para donante cadavérico, o que tenga la oportunidad de un donante vivo. Se evaluó en cada caso el estado actual del paciente intentando determinar si se encuentra en condiciones de afrontar esta cirugía, los cambios y sobre todo los cuidados y la responsabilidad que ésta conlleva. A su vez, la idea es brindar apoyo y tranquilidad al paciente y su familia, entre quienes en muchos casos se encuentra el futuro donante del órgano. En este caso concurrí siempre en conjunto con mi compañera, nuestro rol fue de observadoras participantes, siempre dándonos libertad de preguntar si lo deseábamos. Las entrevistas se llevaron a cabo, por lo general, en la habitación donde se encontraban internados los pacientes, ya que los lunes ingresaban al hospital para hacer todos los estudios requeridos para este proceso. Concurrí a esta actividad muy pocas veces, hasta el 13 de agosto nada más porque luego se cambió el horario, coincidiendo con el taller de música, donde venía participando desde comienzo de año.

A lo largo de las entrevistas podíamos detectar algunos temores o incertidumbre, pero por lo general los pacientes y sus familias veían de manera positiva la posibilidad del trasplante, algunas expresiones que demuestran esto son: *“decidimos entre todos [la posibilidad de ser donantes vivos], somos sanas y queremos que tenga una mejor calidad de vida”* (Registro, 30/07/19) dice una familiar, una paciente dice *“estoy contenta, que más quiero, descansar [de*

la diálisis]” (Registro, 30/07/19). Otro paciente a quien su hermana le ofreció donarle el órgano dijo que “le alegró mucho, piensa en poder volver a la vida normal, poder dejar la diálisis que además nadie te da trabajo, volver a lo de antes” (Registro, 13/08/19).

G) *Consultas de psicología*: por lo general, en la hora y media en la que participaba se solían atender entre uno y tres pacientes, el tiempo del que se disponía para cada uno la Lic. lo manejaba con flexibilidad en función de la demanda de los pacientes y la disponibilidad del consultorio. Aquí participé tanto de entrevistas de admisión como de seguimiento de quienes ya estaban en psicoterapia. Si bien mi rol en primera instancia fue de observadora participante, la psicóloga en mi primer día me dijo que “cuando quiera intervenir, preguntar o lo que fuera, no tiene problema” (Registro, 25/07/19), así que en algunas oportunidades aproveché el espacio que me habilitó, sobre todo con los pacientes que ya había visto más de una vez.

Un caso que pude seguir por algunas sesiones y que me impactó la gran cantidad de problemáticas que formaban parte de la vida de la paciente, fue una mujer con una historia familiar de varios suicidios, entre ellos el padre de sus hijos. Este último tiempo estaba empeorando la relación con su madre y su hermana, sobre ellas dijo:

‘Entendí que no me sirve mi mamá, no me sirve tenerla porque es una persona conflictiva (...) me da bronca que haga diferencia con mi hermana (...) de lo que hace mi mamá yo hago lo contrario (...) mi hermana más chica es muy dañina’. (Registro, 25/07/19)

A su vez, dentro de su relación de pareja actual contó que habían tenido episodios de violencia verbal y física mutuos, “*ahora hablamos y dijimos que levantarnos la mano nunca más*” dijo. Le costaba también el vínculo con su hija más chica, y esto fue lo más difícil de trabajar con la psicóloga, según dijo ella le recuerda la muerte de su ex pareja “*es como tenerlo a su papá en ella*” (Registro, 25/07/19). En relación a las pérdidas de sus familiares dice que “le genera mucha angustia, pero todavía no quiere hablarlo, la psicóloga le dice que, cuando ella lo considere, es algo necesario” (Registro, 15/08/19).

H) *Interconsultas*: es una actividad de la que participé de manera esporádica, ya que se daban en función de la demanda de los diferentes servicios (mayoritariamente UTI, UCI, guardia central e internados de clínica médica, hematología, trasplantes), por lo que cuando estaba en el hospital y alguno de los profesionales tenía un pedido de interconsulta participaba con ellos. En estos casos mi rol era de observadora no participante ya que se trata de intervenciones puntuales en la mayoría de los casos y es necesario que se realicen de la manera

más eficiente posible. En general se solicitaron por pacientes internados por afecciones fisiológicas que además presentaban alguna cuestión en relación a su enfermedad o situación médica que consideraban que debía ser abordada desde salud mental, o porque en comorbilidad con lo orgánico existían patologías psíquicas. He podido apreciar que en muchos casos los médicos no solían dejar pasar la posibilidad de la interconsulta, ya que consideran necesario el abordaje conjunto del paciente.

I) Intervenciones en el Servicio de Quemados: el día que comencé la psicóloga me explicó algunas cuestiones más relevantes sobre las características de la internación y los tipos de afecciones, por ejemplo me dijo que:

Los pacientes van a quirófano lunes, miércoles y viernes para las curaciones y para hacer los injertos, salvo cuando ya están muy bien recuperados y se los puede curar en la habitación, además hay siempre un cirujano de guardia y son todos cirujanos plásticos. Me explicó también que las habitaciones no tienen espejos en ningún lugar, los baños están adaptados para mayor comodidad para bañarlos, tampoco tienen ventanas ya que la luz del sol les puede afectar. (Registro 25/04/19)

Las causas de las quemaduras son variadas, han predominado durante mi participación los accidentes domésticos como quemaduras con estufas, alcohol, agua caliente y aceite caliente, y también los accidentes de tránsito y laborales de mayor o menor gravedad, eventualmente autoagresiones o heteroagresiones.

La idea en este ámbito es realizar un recorrido, una o dos veces a la semana, por todas las habitaciones y conversar con los pacientes en función de su demanda y necesidad, apuntando a conocer como están atravesando la internación y todo lo que ésta implica, también cómo la familia del paciente está viviendo este proceso, si es necesaria atención especial desde salud mental ya sea psicología o psiquiatría. Mi rol en esta actividad fue de observadora participante, en general la psicóloga les explicaba a los pacientes cuál era nuestro rol desde salud mental en primera instancia y luego realizaba una pequeña entrevista para conocer su evolución en esos días. En los casos de pacientes que ya llevaban un tiempo internados puede que nos comentaran solos cuál es su situación, en qué momento del proceso están y como han mejorado o no. También sabían que existe la posibilidad de hablar de cualquier otra cosa que los aqueje que tenga que ver con su vida fuera del internado (por ejemplo han surgido charlas en relación a adicciones de los pacientes, problemáticas familiares, etc.) o de lo que va a pasar cuando estén próximos al alta. En algunos casos, como sabían que soy estudiante me mostraban cómo iba

evolucionando su piel y me contaban de los procedimientos que les realizan los médicos y los kinesiólogos.

Este tipo de tratamiento tiene algunas características particulares, tales como el aislamiento, que se puede apreciar incluso en la infraestructura ya que no tienen ventanas, como decía anteriormente. La duración es algo que suele generar ansiedad en los pacientes, por ejemplo: en relación a un paciente que ya lleva mucho tiempo internado pero que necesita permanecer en recuperación una semana más, la doctora nos dijo que hablemos con él porque “está insistente en que se quiere ir, que quiere volver a su pueblo al campo que ya no aguanta más la internación (...) él nos dice que ya está bien y se quiere ir a su casa” (Registro, 16/05/19). Un paciente electricista que se quemó trabajando nos dice muy eufórico que:

Está muy contento e impresionado con el trabajo de los cirujanos y además con la manera en que su piel se ha cicatrizado, solo le queda que se le terminen de caer unos pedacitos de piel, y poder movilizar la mano bien nuevamente, por lo que está haciendo ejercicios constantemente. Pero también dice que está muy ansioso por terminar con la otra mano que iba un poco más lenta en la recuperación. (Registro, 09/05/19)

Aparece también la angustia, una paciente de 89 años nos dijo que “está muy angustiada, que está muy cansada de estar ahí, lloraba mientras hablábamos con ella, está muy lábil emocionalmente” (Registro, 03/10/19).

El dolor era parte de las manifestaciones cotidianas de los pacientes, por ejemplo un paciente que sufrió quemaduras en un accidente en la vía pública dice que “lo que más lo asusta es tener que volver a pasar por el autotransplante”, en otra paciente que se quemó con agua caliente “se repite el temor al injerto, si bien no se muestra angustiada con eso, refiere que está *‘esperando a ver si se cicatriza sola para no tener que pasar por eso’*” (Registro, 25/04/19).

En relación a los autotrasplantes aparece también el dolor en la zona donante:

Un paciente manifiesta estar bastante angustiado por el dolor que sentía [en dicha zona] dice que habían hecho que su madre se retire de la habitación y le habían dado un calmante para que pudiera dormir porque estaba gritando de dolor. La psicóloga le explica que ya falta poco que si este es el último injerto [tal como él refería] ya el dolor mañana iba a pasar, al paciente se le llenaban los ojos de lágrimas. (Registro, 21/05/19)

También aparece el dolor en las curaciones, un paciente nos dice que “en alguna oportunidad lo han tenido que *‘poner bajo el agua para poder despegar las gasas, y eso es muy doloroso’*” (Registro, 09/05/19). Por otra parte, los trasplantes de piel implican estar

inmovilizados por 48 a 72 hs para que el injerto se fije, para algunos pacientes esto resulta inquietante, una paciente nos dice que “lo que le queda es injertarse la espalda pero eso le preocupa muchísimo porque tiene que permanecer acostada boca abajo sin poder movilizarse” (Registro, 09/05/19). A su vez genera dependencia debido a que deben ser asistidos en todo momento, por lo que es necesario que tengan quien los acompañe y para eso el entorno debe adaptarse, ocurre con una paciente que dice que “tienen dificultades para organizarse para estar con ella porque tiene una hermanita de 5 meses, no cuentan con el papá, y los abuelos no se pueden ocupar de cuidarla en la internación porque no están bien de salud” (Registro, 06/06/19).

Por otro lado, el proceso de rehabilitación es un estímulo para los pacientes ya que pueden ver su propia evolución, en una oportunidad una paciente que ya llevaba mucho tiempo internada nos contó que “está muy contenta porque se había podido parar, le había dolido mucho porque estaba demasiado vendada pero en el quirófano ya le habían despejado las piernas, así que estaba muy entusiasmada con la idea de poder volver a caminar” (Registro, 21/05/19). Pero también esta etapa genera miedos y fantasías sobre la vida después de la internación y las secuelas, esto pude verlo claramente en el caso de una paciente que tuvo quemaduras graves en sus dos piernas, en una oportunidad nos dice que:

Ahora que ha empezado a moverse nota que tiene pérdida de fuerza en los músculos de las piernas, y que las tiene muy delgadas en comparación con lo que siempre es su físico ‘yo soy *gambuda*’ dice asombrada, manifiesta que se para y se sienta todas las veces que puede para estimular los músculos. Nos cuenta que ella en su cabeza cree que va a bajarse de la cama y salir caminando pero cuando lo intenta no puede (...) dice también que intentó caminar con las muletas porque pensó que si iba a poder pero se dio cuenta que no tenía la fuerza para sostener todo su cuerpo, lo atribuye a que lleva alrededor de dos meses acostada. (Registro, 13/06/19)

Cuando se va acercando el final de la internación algunos pacientes comienzan a hacer planes en relación a la reincorporación en la sociedad y tratamos de ayudarlos a pensar en esto, sobre todo cuando tienen algo claro que trabajar. Como fue el caso de un paciente adicto que tomó la decisión de dejar de consumir pero está teniendo dificultades para dejar la marihuana y en este tiempo internado ha tenido muchas ganas de consumir, nos dijo que:

Cuando salga se va a ir a vivir con este hombre que se ha recuperado de su adicción y que le da trabajo hace tiempo [de quien ya nos había estado hablando], ya que él le ofreció que se mude y así poder ayudarlo a salir adelante. La psicóloga le propuso consultar con la psiquiatra para pensar en una medicación y un plan que le permita dejar de fumar marihuana, él dice que lo va a pensar que puede ser pero que tendría que dársela para probar cuando salga del hospital para ver cómo reacciona. (Registro, 13/06/19)

Por último, me parece relevante destacar, en función del impacto que genera el enfrentarse al daño físico de esta envergadura para quienes no hemos trabajado nunca en estos ámbitos, algunas reacciones tanto positivas como negativas vividas en mi experiencia. Por suerte a la hora de ver a los pacientes, incluso aquellos con quemaduras muy graves nunca me ha impactado su imagen, es decir a nivel visual, de hecho me ha parecido interesante poder apreciar la recuperación de su piel y los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo. Pero, por otro lado, si me han impactado los olores, desde el primer momento la psicóloga me dijo que ellos estaban acostumbrados pero en el internado podía haber olores particulares que tienen que ver con los productos que les ponen en la piel a los pacientes, que se usan en quirófano e incluso el olor a la piel quemada. En las primeras veces que concurrí al instituto no percibí esto, pero en una oportunidad incluso me descompuse en medio de la entrevista a un paciente y ese día no pude retomar bien mis actividades, solo me pasó una vez y los profesionales me dijeron que era esperable y probablemente tenía que ver con que ese día puedo no haber estado bien, ya que hacía tiempo que participaba de esta actividad.

8.2. ANÁLISIS DE DATOS.

En este apartado se presenta el análisis de los relatos de las siete pacientes elegidas para tal fin. Con la idea de -a partir de la escucha y el seguimiento semanal de su internación- conocer su experiencia en el Servicio de Quemados y contrastar estos hechos con lo que plantea la bibliografía en relación a esta temática, apuntando al logro de los objetivos planteados.

8.2.1. CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR A LO LARGO DE LA INTERNACIÓN:

Tanto la teoría como el relato de las pacientes permiten vislumbrar la magnitud del dolor que experimenta una persona quemada. Josefina, una mujer de 32 años que sufrió quemaduras en el 24% de su cuerpo, a raíz de una heteroagresión por parte de su ex pareja expresa:

‘Yo sí sé el dolor que pasé, lo que viví, todo, como fue todo, pero bueno es una cosa que hasta el día de hoy quiero tratar de olvidarla (...) el dolor que sufrí no se lo deseo a nadie, se lo dije a la doctora, se lo dije a mi mamá, se lo dije al kinesiólogo, yo a nadie le deseo este dolor que viví. (...) Porque el dolor que yo sufrí ni te imaginas lo que es, estar quemada, cuando te llevan a curar, cuando venís, el frío, el dolor, el ardor que no te quieren poner un calmante porque tenes que esperar que se te pase la anestesia’. (Josefina, registro 29/10/19)

El sufrimiento que manifiestan sus palabras se condice con lo que Larrea et al. (2015) afirman: las quemaduras pueden ser consideradas como una de las peores agresiones físicas que puede sufrir una persona. Además resulta fundamental tener en cuenta la amplia superficie corporal afectada en el caso de Josefina, entendiendo que mientras mayor es la superficie corporal quemada, la cantidad de nociceptores dañados es proporcionalmente mayor y la intensidad del dolor se puede incrementar (Esqueda-Dorantes, 2016).

A raíz del discurso de Josefina, se puede acceder a la diferenciación del dolor según las etapas de evolución que enuncian Larrea et al. (2015): etapa de reanimación, etapa aguda y etapa crónica. Luego de aproximadamente cincuenta días de internación -de sus sesenta y ocho días totales-, Josefina accedió a una entrevista específicamente relacionada con la temática del presente trabajo. A partir de esta logró un balance de lo que fue su experiencia de internación

hasta el momento, aportando de esta forma la posibilidad de reconstruir su proceso de recuperación a modo de línea del tiempo.

La paciente hace una diferenciación clave entre los primeros quince días de internación en la UTI y los días siguientes en el piso de Quemados:

Paula: *¿El dolor a lo largo de estos meses fue siempre igual o fue cambiando?*

Josefina: *No, fue cambiando, fue disminuyendo.*

Paula: *¿Era diferente al comienzo, cuando ibas a curaciones o cuando ibas a quirófano... cómo caracterizarías esos dolores?*

Josefina: *Cuando yo estuve en terapia primero, estuve 15 días allá, y cuando iba al quirófano era mucho, muy fuerte, ahí te desinfectan todo, te limpian todo pero bien fuerte, te curan todo y después te traen y el dolor es insoportable, no se aguanta, es un dolor que te da ganas de llorar, lloras directamente, yo lloraba, mi mamá siempre me decía calmate no llores hija, pero el dolor es como le decía a mi mamá, el dolor no se lo deseo a nadie'. (Josefina, registro 29/10/19)*

De aquí se puede desprender lo que los autores dicen en relación a la etapa de reanimación, el dolor desde el ingreso y durante los primeros tres días es de marcada intensidad y en estos casos resulta necesaria la administración de opioides para lograr un buen manejo del dolor. Debido a que Josefina recupera en esta primera instancia quince días de internación, se debe considerar que ya inicia la etapa aguda, que corresponde al tiempo entre la estabilización del paciente hasta el cierre de sus heridas. Aquí el dolor es intenso y declina a medida que avanza la recuperación de la superficie corporal afectada, varía en función de las intervenciones que se lleven a cabo, lo cual se detalla más adelante (Larrea et al., 2015). La descripción de la paciente continúa de la siguiente manera:

Paula: *Y después de esos 15 días terribles que tuviste en la UTI, ¿cómo fue cambiando el dolor hasta ahora?*

Josefina: *Y cuando entré acá me empezaron a decir que tenían que usar menos calmantes para poder aguantar el dolor, y bueno empecé a aguantar y me ponían uno a la mañana, y a la tarde si tenía dolor o trataba de aguantar hasta la noche, hasta las ocho, ocho y media, y ahí me ponían otro y dormía a la noche tranquila. Ahora voy al quirófano y ya no vengo con tanto dolor y ya no vengo con ese frío, vengo más con sueño que con otra cosa.*

Paula: *¿Sentías frío cuando venías del quirófano?*

Josefina: *Si, la anestesia te hace dar frío.*

Paula: *Y ese frío ¿te daba más dolor o que te generaba?*

Josefina: *Me agarraba como dolor, como que te agarraba en las piernas, en las heridas, te agarraba sensible y me tapaba*. (Josefina, registro 29/10/19)

A su vez, durante esta etapa aguda se llevan a cabo los autotrasplantes de piel en aquellos casos que resultan necesarios. Se debe considerar que este procedimiento quirúrgico, que implica la extracción de piel de una parte anteriormente sana del cuerpo del paciente, acarrea un nuevo dolor. Por lo tanto es importante favorecer la recuperación lo más rápido posible de estas zonas dadoras (Ibáñez, 2011). En relación a esto, Josefina realiza una diferenciación entre el dolor particular de las zonas donantes y el dolor de la quemadura:

Paula: *¿Y el dolor en la zona donante era distinto de donde te quemaste?*

Josefina: *Sí, es como que te raspan, como un ardor y después se calma, pero nada que ver a la parte donde estoy quemada.*

Paula: *¿Y a donde estás quemada como era el dolor?*

Josefina: *No, mucho más fuerte, te arde, arde un montón y apenas te moves ya está el dolor y te empiezas a hacer así* [indica estímulos sensoriales calmantes sobre su piel]'. (Josefina, registro 29/10/19)

A medida que avanza la recuperación de las heridas, se comienza con la rehabilitación física, que en muchos casos en primera instancia resulta dolorosa. La etapa crónica según Larrea et al. (2015) va desde allí hasta la completa reinserción del paciente, lo cual puede llevar meses, e incluye tanto el último tiempo de internación como el tratamiento que continúa ambulatorio. A partir de aquí se pueden observar los beneficios de haber logrado un adecuado manejo del dolor durante toda la internación, a raíz del apoyo de todo el equipo tratante, que en el seguimiento posterior seguirá siendo muy importante. La entrevista a Josefina se llevó a cabo arribando a esta última etapa de internación, específicamente ella se encontraba realizando las actividades de rehabilitación, con el equipo de kinesiología, en el momento previo a ser entrevistada por lo que se pudo acceder a información que nos permite visualizar lo planteado anteriormente:

Josefina: *Ves, por ejemplo, ahora que salí con las chicas [kinesiólogas y practicantes] a caminar iba charlando con las chicas, venía mi mamá, iba hasta la otra punta [del pasillo], con ganas con ganas de salir, de poder caminar. Ahora les dije, me querían poner en la cama y no, no quiero acostarme todavía. Recién me levanto y no.*

Paula: *Quieres aprovechar un poco más que ya te podes mover también.*

Josefina: *Sí, después me tiro un ratito, pero a la tarde me levanto y puedo ir a moverme un poquito más.*

Paula: *Y ahora que hacías los ejercicios con las chicas, ¿sentís algún dolor, te molesta algo?*

Josefina: *No eso les estaba contando a las chicas, que no me duele nada, la otra vez me dolía todo esto que es de donde me sacaron la piel, la zona donante, y ahora no me duele, como que está cicatrizando así que bueno esa parte no me duele*. (Josefina, registro 29/10/19)

Por otra parte, a lo largo del tratamiento de quemaduras, los pacientes deben atravesar procedimientos que exacerban ampliamente sus dolores. Es por esto que Mejía-Terrazas (2014) propone una diferenciación que nos facilita la comprensión de la situación de las pacientes: dolor en reposo, dolor derivado de procedimientos, dolor posoperatorio y dolor crónico.

En primer lugar habla del dolor en reposo, que se caracteriza por ser continuo y de intensidad moderada, se da en cualquier momento del día y sin un detonante en particular. En las entrevistas a Josefina se puede observar como el dolor se presenta a lo largo del día, llegando a alterar el estado psicológico de la paciente:

Dice que está con dolor en la zona de entrepierna que es lo que le van a injertar mañana [es decir que tiene esa zona expuesta, sin piel] y que por eso se despertaba anoche, por el dolor, pero fuera de eso está durmiendo un poco mejor. (Registro 15/10/19)

En segundo lugar, siendo uno de los protagonistas en las entrevistas de seguimiento, se encuentra el dolor derivado de procedimientos. Uno de ellos es la balneoterapia, como dice Ibáñez (2011), luego de la estabilización inicial del paciente que ingresa a la institución, se debe realizar la higiene de la quemadura. En este procedimiento se retiran los restos celulares de las heridas, intervención que acarrea un dolor intenso y que en la mayoría de los casos se debe repetir a lo largo de la internación para favorecer la reepitelización. En una entrevista a Gloria, paciente de 61 años que sufrió quemaduras en el 22% de su cuerpo, ella cuenta que “está yendo todos los días a balneoterapia y eso la está ayudando a mejorar, pero dice que ayer sufrió mucho dolor *‘lo que sufrí yo ayer... no me sedaron, ningún parto* [dos partos vaginales y dos cesáreas] *me dolió como ayer*” (Gloria, registro 10/09/19). Esta comparación con el dolor de un parto o de una cirugía como una cesárea, los cuales popularmente se conocen como dolores de gran intensidad, permite tomar dimensión de la magnitud que para la paciente tiene esta intervención.

Por su parte, Fernanda, una paciente de 17 años con quemaduras en el 18% de su cuerpo, expresa de manera contundente luego de haber ido a balneoterapia en varias oportunidades: “*el dolor es muy insoportable*” (Fernanda, registro 19/09/19). Sus palabras son precisas y acotadas,

pero la forma en que lo dice y su lenguaje corporal demuestran incluso más que su propio discurso. Se observa que no cabría la posibilidad para la paciente de vivenciar estas intervenciones de otra manera, o de darles algún otro significado mínimamente más llevadero.

La caracterización que ofrecen las pacientes se relaciona, a su vez, con sus conductas evitativas ante el dolor. Sandra, paciente de 44 años con el 25% del cuerpo afectado, “cuenta que sufrió mucho dolor ayer cuando la limpiaban y no quería volver a ir hoy a quirófano por nada del mundo (...). No quiere ir a balneoterapia hoy porque no quiere sufrir más dolor por este día” (Registro 06/06/19). Es un procedimiento que, a su vez, en algunas pacientes genera ambivalencia ya que, por un lado, se puede apreciar una mejoría en las heridas y, por otro, el dolor desencadena un malestar muy difícil de sobrellevar. Esto se aprecia en el relato de Natalia, una mujer de 60 años que se quemó ambas piernas, alcanzando un 12% de superficie corporal quemada, quien caracteriza la intervención de la siguiente manera:

‘Por parte fue lindo porque te tiran agua, y por otro lado no tan linda, porque te empiezan a tocar las heridas y por partes me dolía, lo no injertado’. Dice que ahora tiene un poco de dolor ‘ya me van a poner un calmante y pasa (...). Hoy me dolía y ardía en esa zona, es bueno para mí [la balneoterapia, su efecto para la recuperación], pero si es por placentero, no. Fue un dolor que me la banque, al principio no lo toleraba, sentía muy caliente, lloraba pero me reía sola’. (Natalia, registro 19/09/19)

En la entrevista se observa que la paciente pone en marcha todos sus recursos psíquicos ante la posibilidad de comprender el dolor, dándole otro significado y buscando el lado positivo de tener que atravesar ese sufrimiento. La angustia que vivencia Natalia es notoria en su discurso, pero también su esfuerzo por enfrentar este malestar, logrando una vivencia del dolor diferente. Como profesionales de salud mental resulta fundamental atender a estos detalles, de manera que desde la intervención psicológica se apunte a dar significado a esta experiencia de una manera menos negativa.

Dentro de los dolores derivados de procedimientos encontramos también los cambios de apósitos, curaciones, cambios de posiciones y la fisioterapia, según Mejía-Terrazas (2014) son dolores agudos, intensos pero de menor duración. Andrea, paciente de 17 años que presentó quemaduras de segundo grado en el 7% de su cuerpo, abarcando partes de ambas piernas y la zona del pubis:

Cuenta el gran dolor que estuvo sintiendo en la zona donante y que le estuvo sangrando, *‘lo peor’* dice es que se le corrió el papel celofán y le dolió mucho cuando se lo despegaban, al igual que las gasas en la zona injertada, ahora las heridas le pican y le tiran mucho. (Andrea, registro 25/06/19)

Por su parte, Natalia, expresa dolor ante los primeros intentos de rehabilitación kinésica:

La vimos caminando con el carrito de súper [elemento que se utiliza como apoyo, y que el paciente empuja] acompañada de dos kinesiólogos y mostraba mucho dolor, postura corporal contraída y gestos en su cara de dolor, ceño fruncido, tensión, igual que cuando entramos a la habitación a entrevistarla e intentaba acomodarse, nos decía que al estar apretadas las vendas se le hinchaban los pies generando más incomodidad. (Registro 10/09/19)

A la semana siguiente de esta observación la misma paciente “dice que cuando camina le arden o molestan partes puntuales de las piernas pero que ahora tiene menos dolor” (Registro 17/09/19), lo que permite apreciar lo que dice el autor sobre la duración de este tipo de dolores.

Siguiendo con el tratamiento, aparecen las tan necesarias intervenciones quirúrgicas de diferente índole que se requieren para lograr la recuperación de las heridas más profundas. El dolor posoperatorio, según Mejía-Terrazas (2014) es de mayor intensidad y su duración se puede prolongar en el caso de los pacientes quemados debido a que ingresan con frecuencia a quirófano. Se encuentran referencias de este en la mayoría de los discursos de las pacientes:

En una entrevista a Natalia cuenta que está con dolor en las piernas *‘cuando vengo de quirófano siento que me arden, como si estuvieran duras, no quiero salir a ningún lado después de las operaciones’*. La psicóloga le pregunta si cuando se para le tira la piel, la paciente dice *‘cuando me paro me duele apoyar los pies, después sí, como que me tira (...) con los calmantes y caminando un poco recién se me disminuye el dolor’*. Remarca que necesita altas dosis de calmantes para mejorar. (Natalia, registro 10/09/19)

Esto último sirve de parámetro para comprender la intensidad del dolor, además destacar la importancia de, como dice Pérez-Castañeda (2012), un adecuado y efectivo control del mismo, ya que, además de evitar el sufrimiento, disminuye las posibles complicaciones, atenúa la reacción al estrés y facilita la movilización.

En el caso de Valeria, una paciente de 26 años con quemaduras profundas en el 8% de su cuerpo, en sus primeras entrevistas se registra:

Su discurso se centra en relación al dolor, dice sobre la última vez que fue a quirófano: *‘sufrí un montón, sentí que no aguantaba más el dolor, me tuvieron que poner 3 calmantes’*, ocurre que esta vez ya no podían ponerle de nuevo una anestesia de tipo peridural como la vez previa, entonces, por más que tenía anestesia, el posoperatorio fue muy doloroso [esto nos habla de que el nivel de medicación que necesita para poder atravesar el dolor es alto, porque si no el dolor le resulta imposible de sobrellevar]. Manifiesta sentir mucha angustia generada por la magnitud del dolor que experimentó, dice que en ese momento sintió *‘hasta dolor en el pecho’* de lo fuerte que era. (Valeria, registro 04/07/19)

Aquí se puede apreciar lo que Dahl y Kehlet (2007) dicen sobre el dolor posquirúrgico, proponen que el mismo abarca una variedad de experiencias mentales, emocionales y sensitivas desagradables, acompañadas de respuestas autónomas, endócrino-metabólicas, fisiológicas y de conducta, experimentando un dolor entre moderado y severo.

Por último, el dolor crónico, que se presenta después de la cicatrización de las heridas y se caracteriza por ser de tipo neuropático. También lo manifiestan algunas pacientes, como es el caso de Josefina que unos días antes de su alta refiere “que se pone mucha crema en las piernas para la cicatrización y eso le calma el prurito, dice que eventualmente siente la picazón” (Registro 12/11/19).

Luego de considerar dos caracterizaciones del dolor desde criterios específicos para las personas que han sufrido quemaduras, se puede proponer una tercera instancia. Se trata de dos categorizaciones factibles de utilizarse en una multiplicidad de experiencias dolorosas y a las cuales los discursos de algunas pacientes permiten hacer referencia: intensidad y localización del dolor.

En relación a la localización del dolor Bazako (2003) distingue: dolor cutáneo o periférico, somático profundo, visceral y neuropático. Al hablar particularmente de quemaduras, se entiende que en todos los casos que se analizan se encuentra dolor de tipo cutáneo como principal protagonista. Pero existen algunos casos específicos donde aparecen dolores de otros tipos que permiten una comparación entre estos.

Sobre el dolor cutáneo, que implica lesiones en la piel o mucosas, el autor refiere que suele ser un dolor delimitado y bien localizado, con características claras y definidas. Además existe mayor facilidad para comunicarlo ya que la afección es claramente visible, se puede apreciar lo que explicita el autor en algunos comentarios y observaciones de las pacientes: “Refiere que tiene dolor en el abdomen *‘al medio y sobre todo a los dos costados’*” (Gloria, registro 13/06/19). “Manifiesta dolor en la zona donante, durante la entrevista dice que siente *‘pinchazos fuertes’*, frunce el ceño, se agarra la pierna en el intento de calmar ese dolor, tiene gestos en la cara que demuestran gran malestar” (Josefina, registro 22/10/19).

Refiere que tiene un dedo del pie quebrado, dice que era *‘tanto el dolor de las quemaduras en su momento, en la primera etapa de internación’*, que nunca se dio cuenta de ese dolor específico de la fractura, ya que el dolor de las quemaduras era ampliamente mayor y generalizado en sus miembros inferiores. Además de que *‘tenía los pies todos ampollados’* por lo que visualmente tampoco pudieron detectar que había una fractura, *‘así que es algo que necesariamente se tratará después’*. (Sandra, registro 13/06/19)

Esta última cita permite la comparación de un dolor de tipo cutáneo, como la quemadura, con un dolor de tipo somático profundo, como una fractura ósea. Según Bazako (2003), este se caracteriza por ser sordo, mal definido y mal localizado. En el caso del dolor periférico la posibilidad de visualizar el daño externo también facilita la toma de conciencia y la percepción del mismo. En el discurso de la paciente toma relevancia el dolor por la quemadura y se posterga incluso el tratamiento de la fractura debido a que en ese momento no le resulta perturbador.

En otros casos, como ya se ha presentado anteriormente, aparece un dolor de tipo neuropático, el cual genera una especie de fondo doloroso constante con características como picazón, descargas eléctricas, quemazón, etc., y que puede perpetuarse. Esto se puede apreciar en una de las entrevistas a Valeria una semana antes de su alta:

Dice que ya no tiene dolor, solamente prurito. (...) Su mamá le preguntó si ahora que estaba charlando con nosotras sentía la misma molestia en las cicatrices, ella dice que menos, como que se distrajo. (...) Le contó a la psicóloga que a veces se toca como haciéndose presión en las cicatrices de manera que le alivie la molestia del prurito, la psicóloga le dice que eso es peor, irrita la zona, y le explica que las zonas cicatrizadas están activas por lo menos por tres años y lo mejor es buscar distractores pero no tocarlas así *‘porque a la cicatriz le encanta y es peor, se pone roja’*. (Registro 23/07/19)

En relación a la intensidad del dolor, Sánchez Herrera (2003) habla de dolor leve -con una puntuación de 1 a 3-; moderado -con una puntuación de 4 a 6-; y severo -con una puntuación de 7 a 10-. Para este tipo de clasificación la psicóloga les ha propuesto, en los casos oportunos, a las pacientes que numeren su dolor en una escala del 0 al 10 (o del 1 al 10), donde 10 es el máximo dolor que podrían soportar. Esto permite conocer de forma más palpable el estado del paciente, a la vez que sirve para constatar que el manejo del dolor tenga resultado y, en algunos casos, les aporta a los pacientes una sensación de mayor control. Se puede visibilizar la efectividad de esta escala en algunas entrevistas:

La paciente se quedó interesada en la propuesta que le hizo la psicóloga anteriormente, de medir el dolor en una escala del 1 al 10 de manera que pueda ir reconociendo como se siente y comparando. Dice que el día viernes que fue a quirófano *‘fue un 15, realmente muy doloroso’*, pero estos días que le realizaron curaciones menos invasivas fue un 3 que siente *‘molestia’* pero ya no le duele. (Andrea, registro 13/06/19)

Dijo que tenía mucho ardor (...) fue varias veces a balneoterapia y dice que *‘el dolor es muy insoportable’*, la psicóloga le pregunta si el dolor que está sintiendo lo tiene que calificar del 1 al 10 cuanto le pondría, y dice que un 10, manifiesta que el dolor la despierta. (Fernanda, registro 19/09/19)

8.2.2. MANIFESTACIONES DE LOS FACTORES EMOCIONALES Y SU VINCULACIÓN CON LA EXPERIENCIA DE DOLOR:

Teniendo en cuenta la propuesta de Herndon (2009), sobre la “curación psicológica” de los pacientes quemados, se propone en esta instancia retomar las primeras tres fases planteadas por el autor para visualizarlas desde el discurso de algunas pacientes:

En la “crisis del ingreso” el autor dice que es posible que las personas experimenten terror, confusión, miedo por su propia vida y sobre todo un gran impacto psicológico en donde priman altos niveles de ansiedad. En la primera entrevista que se llevó a cabo con Josefina en la Unidad de Terapia Intensiva se registró:

Actualmente está muy angustiada, nos cuenta que para quemarla su pareja le tiro alcohol y luego la prendió fuego, y que ahora ella les pide a las enfermeras que le saquen las botellas de alcohol que estén cerca porque no soporta verlas, le traen recuerdos de todo este episodio. Mientras hablamos llora, se la nota desbordada. (Registro 19/09/19)

A su vez, cuando se realizó la entrevista habiendo avanzado en su proceso de recuperación y haciendo una recapitulación de lo vivido en la internación, ella dice sobre estos primeros días:

‘Josefina: (...) *No dormía de noche.*

Paula: *¿No dormías porque te vienen todos estos recuerdos?*

Josefina: *Todos los recuerdos, las pesadillas y el miedo a que la puerta estuviera abierta y que apareciera esa persona [su ex pareja] y que yo estaría sola’.* (Josefina, registro 29/10/19)

Si se compara el discurso de la paciente mientras estaba en la UTI con lo que luego ella misma relata recordando estos días, la carga emocional que transmite es completamente diferente. En la primera entrevista los altos niveles de angustia son notables, se expresa fundamentalmente desde el llanto y se puede percibir que se siente desprotegida. Un mes y diez días después puede expresar con palabras el porqué de esas emociones que la invadían en ese primer momento pero sin re-experimentarlas, sino comprendiéndose a sí misma.

En un segundo momento, en la “fase de cuidados intensivos”, a la ansiedad se suma el miedo al dolor y a las intervenciones. Además puede aparecer desorientación o episodios transitorios de psicosis o delirios asociados a factores orgánicos vinculados a las lesiones o al tratamiento. Este fue el caso de Gloria, durante su segundo mes de internación, luego de una

intervención quirúrgica: “me cuentan los profesionales que tuvo un episodio de desorientación originado por un probable exceso en la dosis de medicación colocada aparentemente, ahora a la entrevista está bien y de buen ánimo, nuevamente orientada y estable” (Registro 23/07/19). En este momento también pueden surgir recuerdos vívidos o pesadillas del momento de la quemadura, y asociados al dolor se genera un gran malestar en los pacientes que es importante tener en cuenta. Esto se pudo observar en Fernanda, quien refería que: “el dolor la despierta, además cuando se va a dormir tiene muchos *flashbacks* del accidente” (Registro 19/09/19), lo cual implica dificultades tanto para conciliar el sueño como para mantenerlo, aumentando su ansiedad y favoreciendo un círculo vicioso en relación al dolor.

En un tercer momento, en la “fase de recuperación en el hospital”, si bien los pacientes ya se encuentran en mejores condiciones físicas, empiezan a dimensionar sus lesiones. Puede aparecer ansiedad, angustia, enojo y otros miedos, principalmente en relación al futuro. En general la ira se direcciona hacia quienes el paciente sabe que son objetivos más seguros, como sus familiares y algunos de los profesionales tratantes, teniendo en cuenta que estos no abandonarían su cuidado más allá de sus conductas. En el caso de Gloria, ella tuvo numerosos conflictos familiares, particularmente una noche los médicos refieren que “hubo una pelea de la paciente con su marido y ella incluso le arrojó una botella, el marido se fue y ahora está el hijo cuidándola” (Registro 27/08/19).

Sobre las ansiedades y temores de lo que les va a ocurrir luego de la internación, en entrevistas a Natalia y Josefina se puede resaltar:

La psicóloga le dice a Natalia que vive en un lugar muy bonito y ella responde que de noche le da ‘*cuiqui*’ o sea miedo y dice: *‘ahora vamos a ver cómo voy a hacer para volver ahí y quedarme sola estoy pensando por ahí venirme más a la ciudad’*. Se nota que le genera mucha ansiedad el futuro en relación a su recuperación y las imposibilidades físicas que tenga. (...) *‘Estaba pensando ¿qué voy a hacer cuando salga de acá? ¿Cómo voy a armar todo de nuevo para mí?’*. (Natalia, registro 27/08/19)

‘Paula: *¿Y te da ansiedad el irte a tu casa, te genera algún sentimiento?*

Josefina: *Sí, porque yo me voy a ir a la casa de mis padres, porque la otra casa en el campo donde yo vivía con mi pareja actual tengo que ir a buscar los muebles, mi papá me dijo que obviamente no voy a ir yo para que no recuerde todas esas cosas, va a ir mi hermano y el. (...)*

Josefina: *Yo me voy a quedar unos meses en la casa de mis padres hasta que yo me alquile una casa y me vaya con mis hijos.*

Paula: *Tenían el plan de irse con tus hermanos, nos habías dicho.*

Josefina: *Sí, pero parece que mi hermana está volviendo con su pareja y mi hermano con su mujer, eso me preocupaba también [la cuestión económica] (...) Yo le dije a mi mamá, yo tengo una pensión, yo obviamente voy a ayudar con lo que pueda hasta que voy a ir juntando lo demás para alquilarme una casita para mis hijos, así yo tengo un techito y que estemos bien y mi hermana bueno si se quiere ir conmigo'. (Josefina, registro 29/10/19)*

En estas entrevistas se puede apreciar que las pacientes han pasado cierto tiempo pensando y planeando su salida del hospital, y que es un tema que les genera preocupación ya que deben replantearse cuestiones básicas de su vida cotidiana que actualmente se ve alterada. Desde la experiencia como practicante cabe afirmar que esta es una instancia clave, donde se debe brindar el apoyo necesario al paciente para que pueda tomar las mejores decisiones en relación a su futuro, favoreciendo su completa recuperación.

A su vez, en esta tercera fase y a medida que la internación se prolonga, existen más posibilidades de experimentar frustraciones repetidas, generando impotencia y angustia. Como es el caso de Andrea:

Ella dice que intentaba no llorar se decía a sí misma que no, hasta que no aguantó más, pero dice que se le está haciendo eterna la internación, que el sábado va a hacer un mes y ya le han dicho que tal día se iba y se lo van corriendo. (Registro 25/06/19)

Si se entiende a la experiencia dolorosa y las emociones como procesos superpuestos e influyentes entre sí, se deben tener en cuenta los que Craig (2007) denomina como sentimientos sociales, frecuentemente observados en los pacientes internados por quemaduras. Tales como la rabia, la sumisión, la resignación, el rechazo o el abandono. Se debe considerar, como dice el autor, que la presencia de estos puede generar un sufrimiento que intensifique la percepción del dolor o, en todo caso, ser consecuencia de este. Estos fenómenos en paralelo se pueden observar en el caso de Fernanda:

La psicóloga nos dice a las practicantes, antes de entrar a la entrevista, que la paciente pelea mucho con su madre y que le dijo que le hace mal saber que todos sus amigos siguen con su vida y ella esta acá y nadie la viene a ver. Cuando entramos a la habitación estaba vestida para ir a quirófano, la psicóloga le preguntó si estaba todo bien y dice que *'el martes no, por el dolor no podía moverme, cuando me bajé para el baño era triple el dolor, me bajoníe'*. Dice que cuando se pone así se tapa con las sabanas, a modo de aislarse y no escucha a nadie. En relación a sus amigos dice que unas pocas veces vinieron a verla y ahí se da cuenta *'con quienes puede contar de verdad'*. También cuenta que algunos le mandan mensajes diciendo que su novio, que manejaba la moto durante el accidente y no sufrió lesiones, en los recreos en la escuela se ríe y ella dice

‘¿y qué le voy a mandar un mensaje diciéndole que no se ría?’, refiere que así tenía que pasar y por algo él no se lastimó y ella sí (...). (Fernanda, registro 03/10/19)

En su discurso se puede escuchar cómo la rabia, resignación e incluso ciertos sentimientos de abandono aparecen en relación a sus amigos principalmente. Podría conjeturarse que la paciente percibe que sus amigos no la acompañan en este proceso de recuperación, y por el contrario, escucha comentarios que le generan malestar. A su vez, en medio de su relato y ante la pregunta de la psicóloga ella refiere que “había estado sufriendo mucho dolor y al internar valerse por sí misma para ir al baño el dolor se intensificaba” (Registro 03/10/19), lo cual le generó malestar. Se puede apreciar lo que Craig (2007) enuncia sobre la interrelación de los factores emocionales con el dolor, siendo difícil determinar cuál actúa aquí como causa y cual lo hace como consecuencia.

8.2.2.1. MIEDO:

El miedo a diferentes estímulos, eventos o situaciones aparece con frecuencia en las personas que han sufrido quemaduras y que están realizando un tratamiento para recuperarse. Se trata de una emoción existencial, como dicen Cano et al. (2009), surge en situaciones donde se percibe un peligro inminente a la integridad física. Tal es el caso de Sandra, quien habiendo tenido el día anterior una intervención que le generó mucho dolor, no quiere volver a experimentarlo y se niega a recibirla nuevamente ese día:

Cuenta que sufrió mucho dolor ayer cuando la limpiaban y no quería volver a ir hoy a quirófano por nada del mundo. (...) No quiere ir a balneoterapia hoy porque no quiere sufrir más dolor por este día, fuimos a preguntar abajo y la doctora nos dijo que está bien, que iba a avisar al cirujano de guardia. (Registro 06/06/19)

Siguiendo a Ortega Ruiz y Cabrera Cabrera (2012), se puede apreciar que la paciente sabe y conoce claramente el objeto externo que genera su miedo, ya que lo ha experimentado con anterioridad, y considera que es una amenaza en ese momento para sí misma. Ante esto, su respuesta conductual es la solicitud de posponer la intervención, la negativa a realizarla, como intento de favorecer su supervivencia.

Otro ejemplo es el de Andrea:

Dice que los dos días que estuvo en la cama por los injertos estaba muy mal, se sentía *‘inservible’*, no se podía mover ni nada, y le daba miedo que se corrieran los injertos por la posibilidad de tener que seguir inmóvil más tiempo, luego cuando se pudo volver a levantar se empezó a sentir mejor. (Registro 25/06/19)

El miedo a permanecer inmovilizada y los sentimientos angustiosos que esto le trajo ponían en peligro su integridad personal, ya que ella consideraba que no podía valerse por sí misma en estas circunstancias. Se puede decir que, en función de su experiencia, la paciente conocía la fuente de su temor y no deseaba que esta situación se perpetúe. Incluso se observa que el estado de ánimo mejora una vez que el objeto de miedo desaparece.

En ambos casos, en los de Sandra y Andrea, el miedo se detona, no con la finalidad de interrumpir el tratamiento ni con la intención de actuar en desmedro de sí mismas, sino que, esta emoción básica que manifiestan, busca recuperar cierta fortaleza en un momento donde perciben su integridad como amenazada. Se podría pensar entonces, como una pausa para luego continuar el proceso de recuperación con un sentimiento de mayor seguridad y autoconfianza.

Por otro lado, el miedo al dolor en específico se observa también habitualmente en los pacientes quemados, debido a la cantidad de intervenciones que requieren para su recuperación y que son sumamente dolorosas. Como plantea Rinaldi (2001), el dolor posoperatorio es una de las preocupaciones más frecuentes de los pacientes en las instancias preoperatorias y, en muchos casos, desean dormir hasta que la intervención haya concluido. Tal cual lo manifiesta Gloria en una entrevista, luego de varios días de intervenciones en quirófano:

Está yendo todos los días a balneoterapia y eso la está ayudando a mejorar pero dice que ayer sufrió mucho dolor (...) porque le sacaron las gasas que estaban pegadas, y ahora le pusieron el papel celofán, la psicóloga le explica que ya no le va a doler porque eso no se saca, se va despegando solo a medida que cicatriza. Dice que igual tiene miedo *‘viste cuando te queda ese miedo, miedo al dolor’*, dice que fue mucho el dolor y no quiere solo anestesia, quiere estar dormida. (Gloria, registro 10/09/19)

Rinaldi (2001) también expresa que el dolor en los pacientes quirúrgicos puede llegar a favorecer sentimientos de abatimiento, depresión y desesperanza. Teniendo en cuenta además que se puede asociar el dolor con la enfermedad o la muerte y es por esto que el temor a sentirlo puede incluso parecer irracional. Esto se asocia al discurso de Natalia, quien luego de cierto tiempo de tratamiento y habiendo experimentado una intervención bastante dolorosa el día anterior, manifiesta en su entrevista: *“(...) Yo ya pase tantos dolores de estos que tengo miedo*

y eso me tiene como ¡uh otra vez el dolor! te volvés sensible al dolor, no quieres que te duela” (Natalia, registro 19/09/19).

A su vez, tal como se mencionó al hablar de la “fase de cuidados intensivos”, Saino (2013) remarca que las condiciones de la hospitalización, sumado al dolor, a un gran desequilibrio fisiológico y a la situación de dependencia en la que se ve posicionado el paciente, favorecen la aparición de síntomas emocionales intensos. Como pueden ser las reacciones psicóticas o de desorientación en el caso de Gloria, lo cual profundizó sus temores a los procedimientos e incluso por su propia vida al sentir que no puede valerse por sí misma. Estas circunstancias, sumadas a los conflictos familiares y los desacuerdos con el equipo tratante llegaban a perjudicar su estado emocional, particularmente favoreciendo sus miedos, como se puede observar en sus entrevistas:

Me cuentan los profesionales que tuvo un episodio de desorientación originado por un probable exceso en la dosis de medicación colocada aparentemente, ahora a la entrevista está bien y de buen ánimo, nuevamente orientada y estable. Pero dice que tiene miedo a las intervenciones, le tienen que hacer un injerto y tiene miedo de que un episodio así le vuelva a pasar. (Registro 23/07/19)

[En la entrevista a Gloria interviene su hijo comentando que luego de una revista de sala donde la paciente no estuvo de acuerdo con la propuesta de los médicos, ella se disgustó con todos los presentes y además no quiso tomar la medicación que le correspondía, así que cuando él fue tuvo que dársela] La psicóloga le pregunta porque no tomó la medicación en esa oportunidad, y la paciente dice *‘es que mi marido habló a boca de jarro, pensé que me iban a dopar, me iban a llevar a terapia, me iban a atar, me iba a dar un ataque’*. (Gloria, registro 27/08/19)

Finalmente se concluye, a partir de la observación, que los sentimientos de dependencia e indefensión favorecen la aparición o intensificación del miedo en algunos pacientes, como es el caso de Gloria. Por lo tanto, desde el rol del psicólogo es importante trabajar para mitigar dichos sentimientos y promover en el paciente la confianza en el equipo. Por el contrario, si los temores se profundizan, las conductas que estos desarrollen pueden ser perjudiciales para su recuperación.

8.2.2.2. ANSIEDAD:

A diferencia del miedo, Cano et al. (2009) plantean que la ansiedad surge ante amenazas a la seguridad personal más bien de índole genérica o incierta, donde el objeto que desencadena los síntomas no es claramente conocido, por lo que genera incertidumbre o inquietud. Esto se observa específicamente en una entrevista a Natalia, previa a una intervención en quirófano:

Dice que le avisaron que próximamente va a ir a balneoterapia y le gustaría saber cómo es, le dijeron que duele, dice *‘uno ya está sensible a los dolores y por eso quiere saber cómo va a ser porque le preocupa’*. (Natalia, registro 17/09/19)

Aquí se puede apreciar lo que dicen Vilas et al. (2003), la ansiedad y el dolor se asocian ya sea anticipando el evento posiblemente doloroso, como es el caso de Natalia, o siendo un componente emocional de la misma experiencia. El estado emocional en que la paciente se encuentre, previo a la intervención, condicionará seguramente su percepción del dolor que esta genere.

Existen, a su vez, otras dos fuentes de ansiedad en los pacientes quemados según Alcázar et al. (2014): las preocupaciones por lo que les va a ocurrir en el futuro, tanto en la internación como al finalizar esta; y las circunstancias o condiciones particulares del ambiente hospitalario y el tratamiento. El primer caso se manifestó en Valeria, en una entrevista se pudo registrar que: “Aparece cierto temor al dolor, ansiedad anticipatoria por lo que viene próximamente, se la nota inquieta y pensante, le preocupa cómo sigue el tratamiento ya que dice que ya fue cinco veces a quirófano y ha sufrido mucho” (Registro 04/07/19).

En relación a las condiciones de la internación, la mayoría de las pacientes refieren incomodidades, pero el caso de Gloria es particular porque sus quejas se presentan desde el primer momento y son recurrentes a lo largo de su estancia hospitalaria. En su segunda entrevista se registra lo siguiente:

Presenta quejas por no poder ir al baño, tiene puesta una sonda urinaria, pero esta no es recomendable en los pacientes quemados, dice que no puede orinar en la chata, que todas las veces que estuvo internada nunca pudo. Dice que tampoco logra dormir bien y las vendas le apretaban. Está en una postura incómoda por la quemadura que tiene en el cuello y eso tampoco le permite ver televisión para poder distraerse. Eran las condiciones y las demandas de la internación, más que las quemaduras en sí, lo que le molestaban según su discurso. (Registro 06/06/19)

Sierra et al. (2003) explican que la ansiedad se manifiesta como una tensión emocional acompañada de un correlato somático. Se entiende que los síntomas o indicadores de esta son variados y particulares en cada persona. Siguiendo a Fernández-Vega Barreto et al. (2015) y a Ortega Ruiz y Cabrera Cabrera (2012) se pueden destacar algunas manifestaciones más frecuentes en los pacientes quemados, y que se han observado en los casos seleccionados.

En una entrevista a Gloria luego de tres meses de internación se registra:

Ante la pregunta de cómo esta, responde *‘más tranquila’*, *‘¿más tranquila que cuándo?’* le pregunta la psicóloga, *‘que ayer, tuve un episodio de furia, el doctor dijo que me ataran las dos manos para que no me moviera, cuando dijo eso, fue la gota que rebalsó el vaso. Me enloquecí, yo no quería estar atada, ¿cómo hago para comer?’*. Habla en voz baja y a ritmo lento, no se le entiende bien. (...) Luego dice *‘cuando el doctor dijo le atamos los dos brazos yo dije no, porque no me puedo defender ¡y yo no estoy loca! bueno al final no me ataron, luego vino mi hijo, ya estuve más tranquila’*, y su hijo interviene diciendo de manera contundente *‘no, no estuviste tranquila, se sacó la vía, se quería ir, le di la medicación que no la había tomado’*, entonces la psicóloga le pregunta si todavía sigue pensando que se quiere ir y dice que sí, se quiere ir porque hace mucho tiempo que está. (...) Dice *‘yo ya estoy cansada porque me dicen que ya va a estar pegado [el injerto] y después abren y no está pegado, si me decían quédate quieta no te levantes yo lo cumplía’*. (Gloria, registro 27/08/19)

En este dialogo se pueden observar diferentes síntomas o indicadores asociados a la ansiedad, desde la propuesta de los autores mencionados, tales como: nerviosismo, a lo largo de todo su discurso se mantiene en un estado de inquietud y alerta; irritabilidad, visible en el enojo ante las propuestas y comentarios de los profesionales sin aguardar a una explicación más exhaustiva de la misma, ella misma menciona que se fue enfureciendo cada vez más; indefensión, bastante explícita cuando menciona que el inmovilizar uno o dos de sus brazos conlleva que ella no pueda defenderse, o se asocia esta propuesta a la locura, dejando ver que siente que hay algo de lo que ella debería poder defenderse; y cansancio, debido a la duración de su internación y a las frustraciones en relación a su tratamiento.

Natalia, a veinte días de su ingreso hospitalario, refiere síntomas variados vinculados a la ansiedad, esta paciente en particular permite visualizar y asociar manifestaciones de índole somático:

‘Al principio no quería comer, era como un suplicio que me dieran de comer y vino la doctora y me dijo ¡No Natalia tu recuperación depende de la comida! y entonces dije tengo que cambiar la modalidad, no me gusta acostarme con mucha comida, [habla muy lento, pausado, como apesadumbrada] la comida es espectacular, pero yo estaba como con el estómago... con los medicamentos [señala su zona abdominal y hace una seña que indica revuelto, como indigestión]. (...) Sigue diciendo ‘Yo pienso que estaba

muy nerviosa, muy ansiosa, antes de que yo sé que voy al quirófano, eso me había subido la presión a 15-9' [la paciente toma enalapril, un medicamento para controlar la presión arterial]. (Natalia, registro 27/08/19)

Natalia refiere síntomas de índole gastrointestinal que interfieren en su correcta alimentación; síntomas cardíacos, que ella misma asocia rápidamente a la ansiedad previa una intervención en quirófano y donde también expresa nerviosismo; además en su discurso y por su forma de hablar se nota bajo nivel de energía. En el caso particular de esta paciente, ella misma tiene la posibilidad de asociar su sintomatología física con la ansiedad que experimenta ante esta situación, pero esto no se observa necesariamente en todos los casos. Por lo tanto, es importante en una entrevista atender a estos indicadores y preguntar explícitamente sobre ellos si se considera necesario, de manera que no se pasen por alto manifestaciones claras de gran ansiedad y se aborden oportunamente.

Por su parte, Josefina, en su última etapa de internación, hace algunas referencias que se asocian a la ansiedad a lo largo de su estancia hospitalaria y que son importantes de mencionar:

Dice que fue a quirófano y por eso ahora no se puede mover, aparentemente no se iría de alta mañana pero si tal vez la otra semana, porque le tienen que volver a revisar los estampillados [pequeños injertos], dice que ya se quiere ir a ver a sus hijos. La psicóloga se percata de que en la bolsa de orina se ve un color levemente rojizo y le consulta si actualmente está menstruando, la paciente dice que en todo el tiempo que lleva internada no y se pregunta si podrá tener que ver con la medicación que ha estado tomando, la psicóloga le explica que, además de la medicación, puede tener que ver con el estrés. (Registro 31/10/19)

Se puede visualizar cómo una fuente de estrés, como lo es una internación prolongada, puede generar alteraciones hormonales como la ausencia de la menstruación. Se lo puede asociar también al nerviosismo, a los bajos niveles de energía, todas manifestaciones de ansiedad que se vinculan a esta fuente de estrés. Además esta paciente ha referido dificultades para conciliar y mantener el sueño, ella misma dice que “El alprazolam que le han recetado la ayuda mucho, a dormir mejor, y que toma además clonazepam a la mañana también, para estar más relajada” (Registro 12/11/19) lo cual indica que necesita asistencia farmacológica para manejar estos síntomas.

En relación al circuito ansiedad-dolor, Saino (2013) destaca que una actitud que aparece con frecuencia en los pacientes que experimentan esta situación es el rechazo por parte del paciente. Debido a que los procedimientos que se le realizan conllevan gran dolor, esto acarrea

disforia en el paciente, presentándose irritable, con cambios o variaciones de humor y malestares que perpetúan dicho circuito. Todo esto genera deterioro en la relación entre equipo tratante y paciente, ya que se genera un aumento de sus demandas a los profesionales debido a que temen perder el control de todo y se encuentran en situación de dependencia. Los casos de Andrea, Valeria y Gloria permiten ejemplificar las ideas de la autora y se desarrollaran a continuación.

Andrea es una paciente joven que, dentro de los casos seleccionados, es la que ha tenido la internación más corta, permaneciendo veinticuatro días en el Servicio de Quemados. Así mismo, esta paciente ha experimentado fluctuaciones emocionales intensas a lo largo de estos días, y una experiencia dolorosa profunda. En su segunda entrevista se registra:

Esta de demasiado buen ánimo, se la nota incluso eufórica (...) dice que se propuso estar *‘muy muy bien’* y hacer todo lo que le digan para recuperarse rápido, porque primero se había *‘bajoneado’* pero ahora quiere estar positiva para que las cosas vayan mejor. Es realmente llamativo su buen estado de ánimo y su forma de expresarse en relación a esto. (Andrea, registro 13/06/19)

En esta misma entrevista Andrea refiere que días atrás había experimentado excesivo dolor en sus intervenciones en quirófano, y que ahora los niveles de dolor eran claramente más tolerables porque las curaciones eran de menor envergadura. Esto concuerda tanto con lo que cuenta sobre su estado de ánimo días atrás, como con su emocionalidad actual. Se han presentado variaciones en relación a su percepción del dolor al mismo tiempo que ha variado su estado de ánimo. Esta visión del caso se puede llegar a confirmar días después, en la entrevista siguiente a la paciente, donde se registra:

La joven aparentemente estaba sobre-adaptada cuando la vimos hace dos jueves atrás, cuando su estado de ánimo parecía demasiado positivo. Refieren que en estos días tuvo un bajón de ánimo, ante esto la psicóloga le explica que es esperable que los pacientes hagan estas subidas y bajadas de ánimo y que forman parte de su proceso y de la manera en que logra enfrentarse a esta situación. La paciente dice *‘intentaba no llorar y me decía a mí misma que no’*, hasta que luego no aguantó más, dice que se le estaba haciendo eterna la internación, que el sábado va a hacer un mes y ya le han dicho que un día se iba a ir y se lo han ido corriendo, dice *‘ahora entendí que no tengo que pensar en eso porque me hace mal’*. (Andrea, registro 25/06/19)

Este día, a su vez, la paciente refiere que viene sintiendo muchos dolores tanto en la zona donante como en la zona injertada, y que tuvo dificultades con los vendajes, lo que acarreó procedimientos muy dolorosos. Nuevamente esto se relaciona con su estado emocional, sus

cambios de humor, que tal como dice la autora forman parte del estado de ansiedad. La presencia de dolor se corresponde con la emocionalidad, que varía entre extremos opuestos, desde la euforia, al llanto y gran malestar. Además se puede observar que, cuando el humor tiende a lo positivo aparentemente, la paciente manifiesta que va a cumplir con todo lo que le indican, es decir que la visión de los profesionales es positiva. Por el contrario, cuando refiere que los profesionales le dicen que se va a ir de alta y luego esto no ocurre, aparece además de gran angustia, cierta desilusión en relación al discurso que le ofrece el equipo médico.

Valeria también es una paciente joven, que ha manifestado ansiedad anticipatoria en relación a su tratamiento y vinculada al dolor de las intervenciones, tal como se ha mencionado al comienzo de este apartado. A su vez, vinculado a lo que dice Saino (2013), esta paciente se ha mostrado irritable y hasta enojada con el equipo, refiriendo varias quejas por diversas circunstancias a los diferentes profesionales. En una de sus entrevistas se registra:

La paciente se queja por los horarios que manejan las enfermeras, ambas [la paciente y su madre] dicen que eventualmente la despiertan muy seguido por diferentes motivos y eso le dificulta el descanso. Además dice que está enojada con *'la chica de la comida'*, ya que ella es chef, y le gustaría que le pongan aunque sea sal a su comida para que tenga más sabor porque no es de su agrado. (Valeria, registro 23/07/19)

El caso de Gloria es aún más intenso, en primer lugar se puede observar claramente que la gran demanda de la paciente hacia el equipo médico ha ido desgastando el vínculo tal como propone la autora, debido a que su accionar es contradictorio y eso de cierta forma inquieta a los profesionales. Luego de casi tres meses de internación, en un encuentro con los médicos se plantea lo siguiente:

Fuimos a la sala de médicos y nos comentaron que tienen una gran preocupación en relación a Gloria, porque se arruina ella misma los injertos y ya se los han hecho muchas veces, a la vez se muestra muy insistente por querer irse y esto es contradictorio, ya que todas las decisiones que toma, sobre sí misma y en relación a su recuperación, únicamente generan una extensión del tiempo de internación porque su situación clínica empeora. Refieren además que los familiares no colaboran y se generan más conflictos (...). Los médicos manifiestan que realmente están colapsados con esta paciente. (Registro 27/08/19)

Particularmente dos de las tres pacientes que se referencian en relación a esta temática específica son adolescentes o jóvenes, Andrea de 17 años y Valeria de 26 años. Fernández-Vega Barreto et al. (2015) proponen que en general los adolescentes tienen respuestas como rechazo a todo control que provenga del exterior ya que, en concordancia con esta edad,

consideran que esto remite a dependencia y por lo tanto a infancia. Es decir que, estar de acuerdo con lo que indican los profesionales, sería depender de ellos. Esto se puede ver reflejado en las pacientes, particularmente en estos ejemplos, pero también a lo largo de la internación. Pudiendo incluir a Fernanda, de 17 años también, quien se resiste a comunicarse tanto con los profesionales como con su madre en varias oportunidades, en un intento de mantener el control sobre las situaciones.

Es importante tener en cuenta esta posibilidad para buscar formas de abordaje que sean beneficiosas y no lo contrario, ya que esta internación en particular tiene un gran componente de dependencia por los cuidados que requieren los pacientes, tanto del equipo médico como de sus familiares. En esta línea se advierte que, como profesionales de salud mental, lejos de confrontar con los pacientes de este grupo etáreo, resulta fundamental generar con ellos alianzas que favorezcan su confianza con la figura del psicólogo. Brindar alternativas para solucionar aquellas cuestiones que los aquejen. Por más simple que parezca una situación, como por ejemplo la falta de sal en la comida, si se logra resolver en conjunto, se ha observado que esto potencia el vínculo psicólogo-paciente.

Por último, desde la experiencia observada en la práctica se puede rescatar también, la importancia de dar al/la joven el lugar de protagonista en este proceso al que se enfrenta. En muchas oportunidades, al tratarse de adolescentes, se puede cometer el error de englobar al paciente y sus padres o familia en un solo discurso. Se pierde de este modo la vivencia específica del/la joven, logrando profundizar este sentimiento de estar en una posición infantil y despertando mayores ansiedades. En función de esto, a lo largo de la internación de estas tres pacientes se han realizado entrevistas individuales, además de aquellas con sus respectivos familiares.

8.2.2.3. *DEPRESIÓN:*

Tal como se mencionó en el apartado correspondiente al marco teórico, la depresión -o las manifestaciones de esta índole- suele aparecer en los pacientes que experimentan dolor, como es el caso de quienes han sufrido quemaduras. Entre los diversos síntomas que pueden presentar estos pacientes, se propone una síntesis de los más relevantes o incluso los que han sido observados con mayor frecuencia en pacientes con dolor y en pacientes quemados. Siguiendo

a González (2014), Craig (2007) y Saino (2013), estos serían: ánimo negativo, desesperanza, anhedonia, trastorno del sueño, mayor intensidad en la percepción dolorosa, reducción del sentido de autocontrol o dominio de sí mismo, apatía, llanto, disminución del apetito; en algunos casos más graves pueden aparecer signos como retardo psicomotor, pérdida de los deseos de vivir, desilusión o ideas suicidas. A continuación se propone el análisis de lo observado en los casos seleccionados a la luz de lo descripto por los autores.

Sandra es una paciente que en predominancia ha evidenciado un estado de ánimo negativo a lo largo de la internación, asociado a diferentes factores. En una entrevista la paciente manifiesta gran dolor, por lo que pide no ser llevada a quirófano, y además plantea que extraña demasiado a sus hijas, ya que ellos son del norte del país y ellas permanecen allá durante todo este tiempo de su tratamiento. En esa oportunidad se registra:

Ella estaba angustiada porque el 20 de junio es la promesa de la bandera de su hija y quiere estar, vino pensando que iba a ser una internación más corta y ya pasó mucho tiempo, es el marido que refiere a esto diciendo *‘yo le voy a contar porque ella no le está diciendo...y se la pasa llorando’*. Lloraba mientras hablaba de su hija, se la notaba realmente angustiada y desbordada por la situación, entre lo que siente en relación a sus hijas y el malestar que le generaron las intervenciones y que no quiere volver a experimentar por hoy. (Registro 06/06/19)

Se encuentran en esta paciente varios indicadores que remiten a una emocionalidad depresiva, el ánimo negativo es claro, la intensificación de la percepción dolorosa también, y el llanto frecuente, que sigue estando presente en sus entrevistas. Una semana después, en la entrevista siguiente se vuelve a registrar gran malestar: “Se nota que sigue muy angustiada, tiene una labilidad emocional notable, sobre todo al hablar de su familia siempre está al borde del llanto o se le llenan los ojos de lágrimas” (Sandra, registro 13/06/19). Es una paciente que transmite mucha tristeza, que en definitiva es sumamente comprensible, porque a la complejidad del trauma físico se le suma la gran lejanía de sus hijas. Según su discurso las niñas son capaces de comprender la situación sin problemas, y desde el equipo se hace hincapié en esto como algo positivo en el intento de fomentar su tranquilidad, pero aun así ella no logra manejar su angustia.

En el caso de Natalia, en la primera entrevista que se le realizó, ante la pregunta de “¿Cómo se lleva con esta internación, que es tan larga?” refiere:

‘Con respecto a la internación trato de concientizarme, tengo días que estoy más sensible, más triste y otros días más estable. Depende que me hagan, porque si me hacen una escarectomía al otro día estoy con dolores que no tengo ganas de nada, pero es

normal me dijo la doctora. Trato de no pensar, veo televisión, leo, para mantener mi parte emocional’. (Natalia, registro 27/08/19)

Se encuentran entonces referencias de cambios de estado de ánimo, labilidad emocional, se vincula claramente su ánimo negativo al dolor generado por las intervenciones, apareciendo también apatía en estas circunstancias. De todas maneras, cabe destacar, que la paciente hace un esfuerzo por recuperarse luego de estos momentos de angustia, utilizando diferentes distractores.

Tal como dice Saino (2013), la disminución del apetito suele aparecer en estos casos. En función de que la alimentación es una parte fundamental en la recuperación de los pacientes quemados, se debe prestar especial atención a esto y buscar la manera de que la persona pueda incorporar todo lo que los nutricionistas y médicos consideren necesario para su estado de salud. Natalia hace referencia a esto en una entrevista:

Cuenta que con la comida a veces le cuesta, porque ella no es de comer mucho, sobre todo a la noche, la comida de acá le gusta pero no logra comer la cantidad, habló con la cocinera y le pidió que le haga raciones más chicas. (Registro 03/09/19)

La desesperanza es otro de los síntomas frecuentes, y sumado a esta Craig (2007), refiere que cuando el dolor llega a tal punto que interfiere en las actividades vitales, aparece la sensación de perder el control sobre sí mismo, a raíz de que se limita también la recompensa social. Para ejemplificar esto se retoma una cita de una entrevista a Fernanda:

Cuando entramos estaba vestida para ir a quirófano, la psicóloga le pregunto si estaba todo bien y dice que *‘el martes no, por el dolor no podía moverme, cuando me baje para el baño era triple el dolor, me bajoníe’*, dice que cuando se pone así se tapa con las sabanas, a modo de aislarse y no escucha a nadie. (Fernanda, registro 03/10/19)

Se observa aquí, como el dolor lleva a la paciente a sentir que no tiene dominio sobre sí a tal punto que le resulta difícil ir al baño, esto le genera angustia y provoca el deseo o intento de aislarse del entorno, porque siente que no puede hacer nada más que eso.

En esta misma entrevista a Fernanda se pueden observar signos más severos:

La psicóloga nos contó a las practicantes, antes de ingresar a su habitación, que la paciente se había autolesionado, se cortó superficialmente la muñeca estando acá internada. (...) [En relación a su novio que no sufrió lesiones en el accidente] ella refiere que así tenía que pasar y por algo él no se lastimó y ella sí. Es como que cree que le tenía que tocar a ella, lo dice como si ella “se lo mereciera”. (...) Cuando salimos

hablamos con su madre y dice que le preocupa *‘este novio’* porque desde que esta con el empezó a cortarse, coincide además que hace cuatro meses falleció su abuelo, con quien tenía un vínculo de amistad dice. (Registro 03/10/19)

Se puede hablar de una gran desesperanza y hasta pérdida de los deseos de vivir, aparecen autolesiones durante la internación, teniendo ya antecedentes de este tipo, sumados a una pérdida familiar de gran relevancia hace poco tiempo. Todo esto, asociado al intenso dolor que experimenta la paciente demuestra sentimientos de desilusión.

La desesperanza y la resignación, asociadas al dolor y a un tratamiento que se prolonga o donde la recuperación se enlentece, puede asociarse a la depresión. En estos casos surgen sentimientos de incapacidad que llevan al paciente a perder el interés en recuperarse e incluso incumplir o contradecir las indicaciones del equipo, como se decía anteriormente los pacientes pueden llegar a enojarse con los profesionales a raíz de las frustraciones que este tratamiento acarrea (Miró, 2003; Chóliz Montañés, 1994). Este es el caso de Gloria, que anteriormente se ha citado en relación a los conflictos con el equipo tratante. A lo largo de su internación, no solo ha incumplido indicaciones o recomendaciones, sino que incluso ha boicoteado ella misma su tratamiento. Teniendo en cuenta que la paciente es enfermera, esto es más complejo aun, porque objetivamente conoce los riesgos de sus actos y tiene los conocimientos para comprender lo que sería correcto para sí, pero ante esta situación y una internación tan larga, la desesperanza se vuelve en su contra y perjudica su evolución. Se presentan a continuación extractos de las diferentes entrevistas donde se ejemplifica lo expuesto:

La Dra nos dice que es necesario que pueda usar la chata para orinar, para poder ir a las cirugías de injertos porque es muy riesgoso que siga con sonda urinaria por las infecciones que se pueden generar y afectar las zonas trasplantadas. (Registro 27/06/19)

(...) En relación al tema del uso de la chata, la paciente se sigue negando, surge la posibilidad por parte de la psicóloga de poner un inodoro móvil al lado de la cama para sacar la sonda, la paciente dice que podría ser una opción pero en realidad lo que no quiere es tener que hacer pis donde duerme. (Registro 04/07/19)

(...) Su hijo interviene y remarca que a ese injerto se lo hicieron tres veces y dice *‘ahora está tranquila pero sale de cirugía, le dicen que no se puede mover y se quiere sentar, mover, tocarse, los médicos no saben qué hacer’*. (Registro 27/08/19)

Se fue de alta ayer, alta voluntaria, habían hablado para que se vaya de alta voluntaria el viernes pero le pidieron que espere hasta el lunes para volverla a curar una vez más, no quiso y se fue finalmente sin las indicaciones médicas. (Registro 12/09/19)

En esta paciente se ha podido ver de forma clara como la situación excede notablemente los recursos psíquicos de la paciente, coartando sus posibilidades de mejoría. Sumado a esto, el trabajo desde el equipo resultaba aún más complejo ya que el entorno o la red social de la paciente también era conflictivo e inestable.

Ortega Ruiz y Cabrera Cabrera (2012) refieren a las pérdidas a las que se enfrentan las personas que han sufrido quemaduras, además de otros diversos motivos suficientes para justificar la aparición de sintomatología depresiva. A continuación, se retomaran los discursos de diferentes pacientes, entre las seleccionadas, para visualizar lo enunciado por los autores.

Sandra y Natalia hacen referencia a las pérdidas de algunas funciones corporales, a las alteraciones de la imagen corporal y a las deformidades como consecuencia de las quemaduras. Esto tiene un gran impacto psíquico, debido a que a lo largo de la vida las personas construyen un esquema corporal que, actualmente, se ve alterado, y se debe volver a interiorizar a raíz de una situación potencialmente traumática. Se suma además, que aquellas funciones básicas como caminar se encuentran imposibilitadas y eso favorece nuevas frustraciones. En sus entrevistas se registra: “Refiere que tiene sentimientos encontrados, algo de angustia y dice *‘verme así no me lo esperaba, no veía las horas de que terminaran’*” (Natalia, registro 19/09/19).

La paciente dice que tiene pérdida de fuerza en los músculos de las piernas, que es la zona que se quemó, que tiene muy delgadas las piernas en comparación con lo que siempre es, dice que se para y se sienta todas las veces que puede para estimular los músculos, nos cuenta que ella en su cabeza cree que va a bajarse de la cama y salir caminando pero cuando lo intenta no puede (...) refiere también que intentó caminar con las muletas porque pensó que si iba a poder, pero no tenía la fuerza para sostener todo su cuerpo, lo atribuye a que lleva alrededor de dos meses acostada. (Sandra, registro 13/06/19)

En el caso de Fernanda, se observan dificultades en las relaciones interpersonales tanto con familia, como con amigos y con su novio, a lo que ya se ha hecho referencia anteriormente. Además la falta de comunicación con personas significativas, que mencionan los autores, particularmente con su madre. Este tipo de conflictos incorporan aún más angustia a la situación de la internación y favorecen la aparición de sintomatología depresiva.

Antes de ingresar a la habitación la psicóloga refiere que la paciente pelea mucho con su madre (...). En la entrevista Fernanda nos dice que le escribió una carta a la madre en un cuaderno pero no sabe si la leyó. Luego cuando salimos de la habitación la mamá de Fernanda se nos acerca y hablamos con ella, dice que le preocupa *‘este novio’* porque desde que esta con el empezó a cortarse. (Registro 03/10/19)

En el caso de Josefina se pueden observar dos cuestiones, por un lado el sufrimiento por la pérdida de autonomía, y por otro el cambio de roles al que se ve forzada en la estructura familiar. En la entrevista a la paciente se pueden vincular estas dos dificultades, debido a que ella que ya es adulta y tenía su vida por fuera del núcleo familiar, nuevamente debe ser cuidada por su madre y no puede valerse completamente por sí misma:

‘Josefina: Si a veces bueno... yo soy media... a veces estoy media con la cara de que no tengo ganas de hacer nada, de levantarme, tengo ganas de estar tirada en la cama (...).

Paula: Y en algún momento... viste que vos me decías que tenías ganas de estar tirada en la cama...

Josefina: Si hay días que por ejemplo mi mamá me cuenta que mi papa está mal en el pueblo, porque mis hermanos no le hacen caso, que está mal, que está nervioso, ya eso me bajonea, porque mi padre... no me gusta que mis hermanos lo estén haciendo renegar, y mi mamá está acá conmigo, y ninguno de mis hermanos puede venir a estar conmigo, si yo no sufriera de epilepsia me quedo, porque puedo porque están las enfermeras, pero al tener epilepsia ves el sábado que me descompuse, estuvo mi mama’.
(Josefina, registro 29/10/19)

En el abordaje de estas pérdidas y dificultades se comprueba, desde esta experiencia, que es importante trabajar tanto con las pacientes como con sus vínculos cercanos, sobre todo quienes están acompañando en la internación. La posibilidad de sentir el apoyo y sostén del familiar tiene un impacto positivo. Es importante que quienes acompañen comprendan las complejidades de este proceso, de manera que no se generen más conflictos vinculares. Por lo que aquí el rol del psicólogo, en diálogo con la familia, es de suma relevancia.

Para finalizar este apartado en relación a la depresión específicamente, resulta relevante retomar lo enunciado por Chóliz Montañés (1994). El autor habla de la incapacidad para modular o expresar sentimientos ante situaciones estresantes, y dice que esto suele aparecer tanto en relación a la depresión como al dolor. Esta propuesta permite analizar el relato de Natalia, quien en su primera entrevista hace referencia a dificultades de esta índole, además se puede comprobar en este caso lo que dice el autor debido a que en la misma paciente se encuentran relevantes manifestaciones de dolor y demás indicadores depresivos. En la entrevista se registra:

Ante la pregunta de qué fue lo que le pasó dice que la internaron el 8 de agosto y refiere ‘por ahí lo recuerdo y por ahí no sé exactamente qué pasó, yo estaba prendiendo con leña el hogar y bueno quedó ahí la botellita en un escaloncito que tiene el hogar y una chispa agarró la botella y me agarró el pantalón’ (...). Empieza a contar parte de su historia, algunos antecedentes y conflictos que tenía y dice ‘yo venía como con un proceso... por ahí al no estar tan despierta si hubiera estado más consciente que se yo,

uno está con otras cosas en la cabeza, y eso me pasó porque unos días antes tuve una discusión con mi hermana, y bueno calculo que venía mal por cosas que yo me sentía presionada, estaba disconforme por muchas cosas, hay cosas que yo las estaba aceptando'. Se queja de la convivencia con la madre y la hermana, dice que hay días que no dormía, es como que se culpa de que el accidente ocurrió porque estaba distraída por los conflictos. Dice 'yo pensaba... esto no es lo que quiero, no es lo que me corresponde' y nos empieza a contar cosas de los últimos tiempos, malestares y discusiones de la convivencia con su madre y su hermana, porque para cuidar a su madre ella se traslada mucho tiempo a la casa de su hermana y refiere 'yo quería decir cosas y no podía, y cuando uno explota, explota y bueno (...) sé que todo lo que pasa es responsabilidad mía al 100% pero esto que me pasó es porque no pongo los puntos, ahora tengo que armar de nuevo mi vida y cómo lo voy a hacer?'. (Natalia, registro 27/08/19)

8.2.3. EL EFECTO DE LAS INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA EVOLUCIÓN DE LAS PACIENTES:

Teniendo en cuenta la experiencia realizada, se puede afirmar que para que los pacientes puedan atravesar de la mejor manera posible su internación, y logren una buena evolución, intervienen múltiples factores. Tales como, el logro de la confianza en el equipo tratante, el buen manejo del dolor, la estabilización del estado de ánimo y el control de los síntomas o manifestaciones emocionales de mayor intensidad, la prevención de malestares físicos y psíquicos, entre otros. Para que esto sea posible, el papel del psicólogo clínico en el tratamiento del paciente quemado se vuelve clave. Tal como dicen Ortega Ruiz y Cabrera Cabrera (2012), el profesional psicólogo puede contribuir a la realización de un plan terapéutico que favorezca el mejoramiento integral de la persona.

A modo de introducción de este apartado, y en concordancia con este primer planteo, se retoma a Ibáñez (2011), quien afirma que es sumamente importante el trabajo desde un equipo interdisciplinario, donde necesariamente se incluya un psicólogo. El mismo autor resalta que es un error tratar a un paciente quemado sin contar, no solo con la infraestructura apropiada, sino con un grupo de profesionales preparados para esto e informados sobre los abordajes correctos. Esto tiene su fundamento en que, si no se trata al paciente como se debería, se pueden generar más daños, además de enlentecer la recuperación y provocar gran sufrimiento. Dos de las pacientes seleccionadas permiten comprender lo que plantea el autor, Andrea y Sandra:

La paciente es de un pueblo cerca de RT, se quemó con la estufa porque al lado había una botella con alcohol y explotó, tiene quemaduras en las piernas y zona pubiana. Se

quemó el jueves pasado, no la traían al IQ porque le dijeron allá que no había camas, cuando en realidad acá sí había. Refiere que mientras la atendían allá le ponían cremas y la raspaban fuertemente con las gasas, que a su vez se le pegaban en las heridas, y manifiesta que eso fue muy doloroso y le generó sufrimiento. (Andrea, registro 06/06/19)

Se le explotó una garrafa en las piernas y allá [en su provincia] le hicieron los primeros auxilios, según refieren luego la descuidaron y la quemadura avanzó, y terminó internada en terapia intensiva con un cuadro más grave. Recién tomaron la decisión de traerla a Córdoba, la recuperación va a ser mucho más difícil de lo que podría haber sido si la derivaban en el momento. El marido está muy conforme con la atención, dice *'acá si saben lo que hacen'*, se lo nota aliviado y con confianza en el equipo. (Sandra, registro 09/05/19)

Se comprueba que, en un momento de tal vulnerabilidad física y emocional, esta seguridad percibida en relación al equipo y la institución no es considerada menor y funciona como un gran puntapié inicial para el largo proceso que se debe llevar a cabo.

La finalidad de este apartado es visibilizar, desde el discurso de las pacientes seleccionadas y las observaciones realizadas, el efecto positivo de la participación del psicólogo clínico en el tratamiento de personas que han sufrido quemaduras. Para lo cual se retoma la propuesta de diferentes autores que refieren a esta temática, para contrastar sus planteos con el discurso de las pacientes seleccionadas.

Es fundamental el accionar del psicólogo para facilitarle al paciente la comprensión de su situación. Dentro de esto, Herndon (2009) destaca la necesidad de que el paciente comprenda que alguien que ha sobrevivido a una quemadura puede experimentar una multiplicidad de emociones, desde alegría y optimismo hasta desesperación, impotencia, tristeza o rabia. Este es el caso de Andrea:

La paciente estaba sobre-adaptada cuando la vimos hace dos jueves, y en estos días tuvo un bajonazo, la psicóloga le explica que es esperable que los pacientes hagan estas subidas y bajadas de ánimo, que forman parte de su proceso y de la manera en que logra enfrentarse a esta situación. (...) la paciente dice que se le estaba haciendo eterna la internación, que el sábado va a hacer un mes y ya le han dicho que tal día se iba y se lo van corriendo. Refiere que ahora entendió que no tiene que pensar en eso porque le hace mal, la psicóloga le insiste en que no tiene que ponerle un nombre, un número o un día al alta, porque eso le genera más ansiedad y luego viene la angustia cuando no ocurre como esperaba, solo tiene que saber que le falta poco, ella dice que está bien que entendió que hasta que no le pongan el papel del alta sobre la mesa no tiene que pensar si es miércoles o viernes. (Registro 25/06/19)

Se observa en esta cita que la psicóloga pretende ayudar a la paciente a regular sus ansiedades de manera que su estado de ánimo se pueda mantener más estable y, desde la perspectiva de Herndon (2009), previniendo la aparición de nuevos sentimientos de desilusión. Andrea inició la entrevista con un bagaje emocional complejo, muy inquieta con la situación, sin embargo al terminar esta visiblemente más calmada. Luego de esta intervención la paciente comprende y se propone manejar este tema de otra manera, sin anticiparse a los hechos hasta que no ocurran ya que ha podido asociar su malestar emocional con la posibilidad fallida del alta.

En relación a esto, Saino (2013), propone que una de las cuestiones clave para eludir estas situaciones es evitar las discusiones o debates al lado de la cama del paciente, a menos que se lo incluya específicamente. Esto es debido a que se pueden generar tanto ilusiones sobre algo que luego no ocurre, como es el caso de Andrea, así como también se pueden desatar malestares o temores por no comprender completamente lo que ocurre, como es el caso de Gloria:

[La paciente estaba muy exaltada ante la posibilidad que surgió en la revista de sala de sujetarle los brazos, y la situación de indefensión que esto acarrearía] La psicóloga la escucha y le dice *‘Gloria yo hace muchos años que trabajo acá, y en el instituto del quemado no se ata a los pacientes porque sí. Cuando de alguna manera nos vemos, como equipo, en una situación de tener que sujetar a un paciente puede ser, por ejemplo, cuando es muy viejito y se pierde entonces lo primero que hace es sacarse todo, los adictos si están en abstinencia, o aquellas personas que cuando se duermen no alcanzan el sueño profundo por el dolor o por el motivo que sea y se arrancan la vía, los injertos, la sonda. ¿Vos te acordas cuando tenías la sábana, que estabas sujeta a la cama porque por ahí te despertabas y te querías levantar? yo no sé porque ahora se podría haber hecho necesaria la sujeción’*. A lo que apunta la psicóloga es aclarar en conjunto con la paciente el panorama y la situación ocurrida en la revista de sala, para ayudarla a tomar conciencia y responsabilidad sobre sus acciones que están atentando, entre otras cosas, con su propio tratamiento. (...)

‘Me parece Gloria que vos sos consciente, más allá de que te sentís cansada, pero sabes que ya lo perdiste tres veces a este injerto, no hay que perderlo más y tomar las medidas necesarias’ le dice la psicóloga, y que cuando esté con todos los injertos consolidados se puede ver que las últimas curaciones las haga en su ciudad.(...) Para dar un cierre y que quede más tranquila, la psicóloga le dice *‘bueno yo ya volví [estaba de licencia por vacaciones], martes y jueves te veo, pero si lunes, miércoles o viernes, te pones mal pedís “llamen a la psicóloga” y lo charlamos, antes de tomar una determinación, pero piensa que si te pones nerviosa se sube la glucosa y se caen los injertos, no hay que llegar a desbordarse, no te pongas fecha de alta, solo piensa “hasta que estén consolidados los injertos” si?’*. Si bien su humor y sus emociones son muy variables a lo largo de la entrevista y en función de las intervenciones de su hijo, aparenta más tranquilidad al final, seguridad de contar con el apoyo de la psicóloga. (Registro 27/08/19)

Con esta intervención la psicóloga apunta a diferentes objetivos, por un lado posibilitarle a la paciente comprender lo que los médicos debatían en su presencia, que fue el detonante del conflicto actual. Por otra parte, y tal como propone Saino (2013), permitirle cierto control de su situación y darle responsabilidades en su propia evolución, debido a que la paciente ha tenido conductas de auto-boicot y conflictos con el equipo. Todo esto, sostenido en el apoyo emocional constante y la valoración frecuente del estado mental de la paciente, como dicen Ayuso y Parra (1998), que en el caso del IQ se realizan entrevistas de seguimiento dos veces a la semana y si existiera una demanda particular otro día. El efecto positivo de brindar apoyo y seguimiento constante a los pacientes se observa particularmente en una entrevista a Sandra, quien al comenzar, refiere grandes dolores y mucha angustia porque la internación se está prolongando más de lo que esperaba y extraña mucho a sus hijas que están en su ciudad, al norte del país. La psicóloga abordó ese malestar y luego derivó la conversación a tratar de conocer un poco más su habitualidad, a que se dedica y demás. Se registró:

Avanzando la entrevista, la paciente repuntó el estado de ánimo hablando de su trabajo y su rutina, también asimilando que va a tener que modificar cosas en su ritmo de vida tan acelerada, buscando en conjunto con nosotras opciones para adaptar sus actividades a los tiempos de recuperación. (...) Comenzó la entrevista notablemente afectada por el dolor y el malestar de la situación de internación y lejanía de su familia, pero al final de la entrevista le dijo a la psicóloga *'me gustó hablar con usted'* y se la notó mucho más relajada, aliviada. (Sandra, registro 06/06/19)

Se puede apreciar claramente en la frase final de la paciente, además de lo que conductualmente se observa, que la intervención de la psicóloga en ese momento fue relevante para ella. Otro ejemplo es el de Natalia, como ya se ha citado anteriormente, la paciente relata dificultades en el vínculo con su hermana y relaciona este malestar con la ocurrencia del accidente, por lo que se aborda esta temática en la entrevista, alcanzando resultados muy positivos:

La psicóloga le dice *'El tema fue que cuando usted puso un límite lo hizo enojada'*, *'claro entonces quedó todo mal'* dice la paciente. La psicóloga insiste en que lo más importante es su bienestar en este momento y le dice *'su aparato psíquico tiene que estar lo más equilibrado posible [retomando la propia manera de la paciente de referirse a la salud mental] para ayudar al sistema inmunológico, usted va a tener que estar tranquila y tener una atención, tiene que recibir cuidados'* y ella reflexiona *'si y no sé si es el lugar indicado volver ahí porque yo voy a tener que tener otros cuidados, y vivir sola hasta que me sane, lo voy a hablar con mis hijos'*.

(...) Luego continua diciendo *'yo me he dado cuenta que los otros no piensan en uno, mi hermana no valora, sólo piensa en ella, no sé si le importa. Entonces creo que ahora la que tiene que pensar en mí soy yo, son cosas que pasan en las familias, pero sí, yo*

me doy cuenta que la única responsable, culpable, soy yo. ‘Responsable’ remarca la psicóloga, para sacarla de la posición de culpabilidad, *‘seguro ha estado distraída con otras cosas y no le ha permitido estar alerta en esta situación, hay que pensar “esto pasó, no se puede cambiar, estar acostada acá, con esta internación larga... tiene que tener un beneficio secundario” si es pensar qué hacer, pensar en su futuro, qué es lo que va a ser mejor para usted, esto tiene sentido, en cambio si usted se va de acá a lo mismo, no sirvió de nada todo esto. Saquémosle un beneficio a esta internación larga que da mucho para pensar y para mejorar, más en usted que se da cuenta, está haciendo una reflexión importante, creativa, proactiva, no hay otra cosa más que pensar en usted, hay una recuperación por delante, usted va a tener que venir una o dos veces por semana, pero bueno tiene que cuidar su cuerpo y tiene que irse con alguna decisión tomada*’. La paciente termina convencida con esta idea y dice *‘si, es como decís vos, que me sirva para algo, tengo que hacer cambios*’. Se nota que mejora su semblante, se la observa con un gesto de convencimiento, seguridad, la idea de poder realizar cambios en su vida y entender que son posibles aparenta darle tranquilidad y dejarla pensativa sobre cómo llevarlos a cabo, se muestra decidida a querer tomar un papel activo en su vida y sus decisiones. (Natalia, registro 27/08/19)

En esta entrevista en particular, la psicóloga apunta a que la paciente pueda asumir un rol activo en su vida, y por ende, específicamente en su recuperación. Lo cual se vincula nuevamente a lo que propone Saino (2013), de que los pacientes tengan tanto control como sea posible, de manera que su estado emocional se torne más positivo, disminuyendo estos sentimientos de impotencia que se desencadenan con la situación.

A su vez, como dicen Ayuso y Parra (1998), es importante destacar los aspectos positivos de la evolución de los pacientes, tanto en lo que respecta a lo físico como a lo emocional. Es lo que hace la psicóloga al remarcar *“(...) usted que se da cuenta, está haciendo una reflexión importante, creativa, proactiva”*, de esta manera reconoce los recursos de la paciente, estimulando decisiones a futuro que sean positivas para su recuperación. Esto remite directamente a los postulados de Miró (2003), el autor dice que la forma en que los profesionales y seres queridos del paciente responden a sus conductas es sumamente relevante. Debido a que si no se proporciona un ambiente de apoyo, se pueden llegar a reforzar temores, conductas evitativas y la adopción de un rol pasivo, acarreando deterioro físico. Por el contrario, lo que ocurre en esta entrevista es que la paciente percibe el apoyo que la profesional brinda, y esto le da seguridad en sus ideas y decisiones. Teniendo en cuenta que, en este caso, los conflictos son en relación a su familia conviviente, la figura de la psicóloga como aliada o sostén es importante para que la paciente tome la determinación de iniciar estas modificaciones necesarias en su vida.

Como se ha planteado, la psicoeducación es la técnica psicológica más utilizada en el abordaje de pacientes internados por quemaduras. De hecho, si se atiende a todas las citas retomadas hasta aquí, se verá que se encuentra presente en cada intervención del profesional psicólogo. Además, tiene un papel particular en el manejo del dolor, beneficiando en la mayoría de los casos la experiencia del paciente. A continuación se retoma el caso específico de Natalia:

Estaba parada acomodando cosas cuando entramos, se sentó para hablar con nosotras. (...) Dice que le avisaron que próximamente va a ir a balneoterapia y le gustaría saber cómo es, le dijeron que duele (...) La psicóloga le explica que ir a balneoterapia quiere decir que ya está más evolucionada en su tratamiento, porque en esta instancia se va recién cuando los injertos ya se fijaron, y van a limpiar la piel muerta que rodea para ayudar a terminar la cicatrización. (Natalia, registro 17/09/19)

Teniendo en cuenta que la paciente ya sabe que el procedimiento futuro es potencialmente doloroso y esto le genera ansiedad, la psicóloga apunta a aclarar sus inquietudes. Tal como dice Miró (2003), brindar información a los pacientes puede favorecer la experiencia de dolor posterior a la intervención. Esto se debe a que conocer los objetivos, métodos, posibles sensaciones y características de la experiencia, genera en el paciente un sentimiento de mayor control y esto reduce el malestar. Se puede observar el efecto de esta intervención en la entrevista siguiente a Natalia:

[2 días después de la intervención de psicoeducación] La paciente refiere *‘Hoy me dolía y ardía en esa zona, es bueno para mí [la balneoterapia, su efecto para la recuperación], pero si es por placentero, no. Fue un dolor que me la banque, al principio no lo toleraba, sentía muy caliente, lloraba pero me reía sola’*. Si bien expresa miedo y angustia se nota que la posibilidad de saber de qué se trataba la intervención y que el procedimiento tiene beneficios le ayudo a manejar la situación, el dolor era muy fuerte pero ella lograba ser consciente de que el procedimiento era necesario y eso ayudo a manejar el impacto emocional, no está desbordada y su relato es consciente y coherente. (Natalia, registro 19/09/19)

Se observa el resultado positivo de lo que Rinaldi (2001) llama “prevención psicósomática quirúrgica psicoterapéutica”, donde el psicólogo clínico interviene tanto en el periodo preoperatorio, como en el posoperatorio. El autor resalta que decir la verdad sobre el dolor que se aproxima tiene efectos positivos en la etapa posquirúrgica. Debido a que el paciente se enfrenta a la intervención, como en el caso de Natalia, con cierta información que le permite mantener un control de sus emociones, trayendo como consecuencia una experiencia dolorosa más atenuada, o por lo menos manejable.

En relación al manejo del dolor, Larrea et al. (2015) proponen evaluarlo y medirlo adecuadamente, para lo cual resulta útil presentarle al paciente el recurso de las escalas. En el caso de Andrea, se puede observar como la herramienta de la escala numérica le ha aportado mayor control sobre el dolor, disminuyendo sentimientos negativos como la frustración y la indefensión:

[La psicóloga la vio días atrás y le explico de qué se trata la escala numérica para medir el dolor] A la entrevista ella refiere que se quedó interesada en la propuesta que le hizo la psicóloga, de la posibilidad de medir el dolor en una escala del 1 al 10 de manera que pueda ir reconociendo como se siente y comparando. (Andrea, registro 13/06/19)

En esta oportunidad se observó que, el instrumento utilizado, posibilitaba a la paciente expresar de algún modo la intensidad del dolor. De cierta forma, la escala le permitía comunicar su experiencia, poner en palabras a esas sensaciones que como ya se ha dicho, no siempre son fáciles de explicar.

Valeria permite retomar diferentes cuestiones planteadas por los autores, en primera instancia, la importancia de las técnicas no farmacológicas en el tratamiento del dolor. Larrea et al. (2015) hablan de estas dentro de lo que consideran las terapias adecuadas para el manejo del mismo y dicen que son un gran aporte que el psicólogo clínico puede realizar. De esta manera se previene el incremento de la ansiedad y por ende del dolor. En el caso de esta paciente y con frecuencia también en otros casos, la psicóloga propone la imaginación o visualización, como una técnica de relajación que tiene como objetivo la disminución del estado emocional negativo e influye a su vez en las activaciones fisiológicas:

(...) su discurso se centra en relación al dolor (...) refiere que le preocupa cómo sigue el tratamiento ya que dice que ya fue cinco veces a quirófano y ha sufrido mucho. La psicóloga le dice que piense que eso ya pasó y entonces lo que falta ya es menos. Le propone que piense y se concentre en alguna imagen, que ella suele proponer un río e imaginar que está en el medio o un poco más allá y eso quiere decir que ya una gran parte pasó y falta menos para llegar al otro lado. Le dice que puede pensarlo en relación a su ocupación que es chef, imaginar que tiene diez pedidos y ya terminó cinco, por ejemplo, verlo de esa forma le va a ayudar a manejar la ansiedad. (Valeria, registro 04/07/19)

Siguiendo a Larrea et al. (2015), otra herramienta que ha demostrado efectividad es la distracción, con diversos estímulos externos que dependerán de las preferencias de cada paciente. La ansiedad se caracteriza por la hipervigilancia a un estímulo, en este caso nocivo, y la posibilidad de dirigir la atención hacia otras cosas permite la interrupción del ciclo ansiedad-

dolor del que hablan varios autores ya citados. En esta oportunidad la entrevista en sí misma, como espacio de diálogo, funciona como distractor ya que dirige la atención de Valeria a nosotras, quitándola de la molestia física. Es por esto que la psicóloga, desde la psicoeducación, refuerza la importancia de la distracción y le explica y anticipa el proceso de cicatrización:

Cuando entramos a la habitación, la paciente se estaba arreglando las uñas con su madre. Dice que ya no tiene dolor, solamente prurito. (...) Su mamá le preguntó si ahora que estaba charlando con nosotras sentía la misma *'molestia'* en las cicatrices, la paciente dice que menos, como que se distrajo, entonces su madre le dijo que *'porque en otros momentos aunque ellas, ni ningún otro doctor, este en la habitación no haces otras cosas también para distraerte de esa molestia?'*, dice la mamá que a veces su hija se enoja de sentir eso y en lugar de hacer algo para distraerse se enfoca más en la molestia del prurito, lo cual indica gran ansiedad. Yo había entrado un poco más tarde a la entrevista pero aparentemente Valeria le contó a la psicóloga que a veces se toca como haciéndose presión en las cicatrices de manera que le alivie el prurito, la psicóloga le dice que eso es peor, irrita la zona, y le explica que las zonas cicatrizadas están activas por lo menos por tres años y lo mejor es buscar distractores pero no tocarlas así *'porque a la cicatriz le encanta'* y es peor, se pone roja. (Valeria, registro 23/07/19)

La psicoeducación no solo es importante en el tratamiento del dolor, sino que es útil para resolver inquietudes y disipar dudas sobre cualquier otro aspecto vinculado a la internación, el tratamiento y los acontecimientos futuros. Como dicen Ayuso y Parra (1998), esto permite canalizar las preocupaciones y facilitar la rehabilitación, recuperación y adaptación social. En una entrevista a Sandra se puede observar lo que proponen los autores:

[La paciente refiere inquietud porque intenta caminar y no lo logra por la debilidad que tienen sus piernas quemadas] La psicóloga le explica que tiene esa sensación porque es algo que tenemos automatizado, pero que ella va a tener que volver a aprender a caminar en el sentido concreto de la actividad, como lo hizo su hija. Hablan de los primeros pasos de ella y la paciente cuenta cómo empezó a caminar, lo cual le trae recuerdos alegres. La psicóloga le remarca que lo positivo es que su cerebro ya sabe cómo es el procedimiento y solo su cuerpo tiene que volver a hacerlo de manera automática, lo cual va a ser progresivo y va a llevar algunos meses. (Registro 13/06/19)

De esta manera, la psicóloga comienza a anticiparle tanto el tiempo como el esfuerzo que va a implicar esta recuperación en los próximos meses, y lo realiza trayendo a la entrevista no solo recuerdos alegres, sino también remitiendo a una experiencia conocida por la paciente. En esta oportunidad, la intervención de la psicóloga resulta muy efectiva en la emocionalidad de la paciente, en este sentido, es notable el cambio que se logra desde el inicio al final de la entrevista. Sandra demuestra que comprende que estas dificultades exceden su voluntad en sí, y que hay otros factores físicos intervinientes que requieren tiempo. Además, entiende que tiene

las herramientas necesarias para enfrentarse a esto y que es algo que se va a poder solucionar, por lo que al finalizar esta notoriamente más segura y tranquila. En relación a esto, Ortega Ruiz y Cabrera Cabrera (2012), refieren que es fundamental dentro del rol del psicólogo detectar anticipadamente las manifestaciones de ansiedad y depresión, y abordarlas, para prevenir la aparición de trastornos futuros.

La confianza en el equipo tratante es, como ya se ha dicho en numerosas oportunidades, una parte fundamental para que el paciente logre una buena evolución. El ejemplo de Josefina permite visualizar el logro progresivo de la misma en las entrevistas con la psicóloga, y el impacto positivo que posteriormente se alcanza en relación a todo el equipo:

En estos días la paciente ha estado muy poco colaborativa, enojada y peleando con todos, médicos, psicóloga, familiares, no quería hablar y maltrataba al contestar a la gente. Ahora cuando entramos a la habitación estaba mirando la televisión y no nos miraba, contestaba monosílaba, con gesto de enojo. Luego de algunas preguntas, de a poco, fue hablando más y habilitando el diálogo. (Registro 22/10/19)

Fuimos a la entrevista con la intención de preguntarle si podía entrevistarla específicamente para mi trabajo, ya que las últimas veces se mostró más abierta a hablar, cuando llegamos nuevamente estaba resistente, contestando con monosílabas, pero luego de un par de preguntas de la psicóloga fue cediendo. En un primer momento pensé que no iba a querer que la entrevistase, la paciente toma una postura defensiva hasta que luego de mantener una conversación por un rato demuestra sentirse segura y hablar con más libertad. (...) La psicóloga le preguntó si accedía a tener una entrevista conmigo y automáticamente dijo que sí. (Registro 29/10/19)

Este tipo de actitudes defensivas se pueden vincular al malestar que acarrea la situación de internación con todo lo que esta implica, además es una manera que utiliza la paciente para enfrentar los sentimientos de indefensión. Tal como dice Saino (2013), la quemadura es súbita y por ende el paciente no puede prepararse anticipadamente para manejarla. Por eso, es importante conocer y comprender que las personas internadas por quemaduras atraviesan síntomas emocionales diversos. Siguiendo a Alcázar et al. (2014), durante su hospitalización, los pacientes vivencian cambios inesperados en sus patrones de vida, lo que los enfrenta a una gran vulnerabilidad física y emocional. Para alcanzar resultados positivos se debe tener el conocimiento necesario para trabajar adecuadamente, entender y no forzar, brindar espacios de seguridad, de manera que se favorezca el vínculo profesional-paciente, y con ello la mejora del paciente.

A partir de la entrevista a Josefina se puede observar lo que ocurre posteriormente, cuando la paciente confía en que los profesionales que la tratan saben lo que hacen, y el efecto positivo que tiene esto en su tratamiento:

‘Paula: ¿Y a lo largo de la internación has sentido ansiedad en relación a lo que te iba a pasar a las intervenciones, qué te iban a hacer, algo que te de vueltas en la cabeza, que te genere ansiedad o nervios?’

Josefina: ¿Por ejemplo los días que tengo que ir al quirófano? No, siempre me han preguntado si he tenido nervios para ir, y les dije que no, porque voy con el suero y no sé qué me inyectan, yo me duermo, no siento nada.

Paula: ¿O sea que estás tranquila con lo que hacen los profesionales?’

Josefina: Sé que me van a curar y no me van a hacer nada malo, aparte hay chicas, hay mujeres, está la doctora X, el doctor X, el doctor X que siempre están controlándome y vigilándome.

Paula: ¿Eso te da confianza, te permite estar tranquila?’

Josefina: Sí, además la doctora es muy buena doctora, siempre está muy atenta siempre me mira, me ve y ya viene y me pregunta cómo estoy, cómo voy avanzando.

(...)

Paula: Viste que yo te decía esto de que en general el dolor se asocia mucho con el estado de ánimo, con cómo te sentís, si vos en algún momento por ahí cuando estabas pensando en tus hijos, que te ponías contenta, te sentías acompañada. ¿Te parece que el dolor cambia?’

Josefina: Sí, cambia mucho, como que tenes ganas de hacer cosas, de bajarte de la cama, de salir a caminar, das una vuelta, salir afuera, aunque sea con tu mamá, conversar con quien sea, que te vean los enfermeros caminar y digan ‘mira la chica está caminando, está progresando está saliendo adelante’.

Paula: Esa contención también te anima.

Josefina: Te anima un montón’ (Registro 29/10/19)

En su discurso se puede apreciar lo que dice Herndon (2009), proporcionar al paciente un ambiente de apoyo facilita la disminución de sus ansiedades, y además incrementa su capacidad de alcanzar un alivio del dolor. Asimismo, es importante considerar que las quemaduras de Josefina fueron a causa de la agresión directa que percibe por parte de su pareja. Por lo que, no es menor para su estado emocional acceder a un espacio en el que se siente segura y con confianza por parte de quienes la rodean. Se observa que, la mirada positiva sobre si misma que le ofrecen los profesionales que la asisten, repercute positivamente en su autoestima y autoconfianza. A su vez, siguiendo a Carapia-Sadurni et al. (2011), cuando se logra minimizar

la ansiedad del paciente previo a una intervención, como es el caso de Josefina, la recuperación posterior es más rápida y fácil, e incluso la percepción del dolor se puede ver disminuida.

Por último, resulta relevante destacar los ejemplos de tres de las pacientes seleccionadas, a partir de los cuales se puede advertir particularmente un cambio notorio desde el comienzo al final de su internación. Esto permitirá comprender que, tal como dicen los diversos autores citados anteriormente, el rol del psicólogo clínico y el abordaje correcto del paciente son fundamentales en el tratamiento de una persona internada por quemaduras y favorecen su evolución.

Josefina es una paciente que ha atravesado gran sufrimiento, partiendo de la causa en sí misma de sus quemaduras. Se ha podido observar en sus registros, a lo largo del análisis, que ella ha experimentado grandes dolores y malestares emocionales. Particularmente en la primera etapa de su internación, sobre todo el tiempo que permaneció en la Unidad de Terapia Intensiva. Desde el primer momento se ha trabajado con esta paciente desde el área de salud mental y en conjunto con todo el equipo tratante y, como ya se ha apreciado más arriba en este apartado, se ha logrado una buena alianza y confianza progresiva en los profesionales. Se han abordado sus malestares por el dolor, dificultades del sueño, angustias en relación a cuestiones familiares, ansiedades vinculadas a sus posibilidades futuras, conflictos en el vínculo profesional-paciente, y demás cuestiones que puedan haber surgido en su proceso de recuperación. Llegando al final de su internación se observa la evolución que ha alcanzado, en su entrevista se registra:

Cuando fuimos a ver a la paciente estaba caminando con las kinesiólogas, se la notaba de muy buen ánimo haciendo todos los ejercicios marcados. Hablamos con su mamá y dice que su hija está muy bien, que para ver el tema del alta necesita que le avisen dos días antes para organizar con su marido. Más tarde volvimos a verla luego de finalizar la fisioterapia, ya estaba en la cama, muy animada, yo resalté el cambio en el color de la piel cicatrizada en el pecho, denota que tuvo una gran evolución. Solamente tiene queloides [crecimiento de tejido cicatricial adicional] en la zona del mentón por lo que le pusieron una venda alrededor de la cabeza. Dice que fue a balneoterapia temprano y luego estuvo muy bien, dice *'dicen que duele'* pero ella refiere que se quería quedar porque estaba bien, no tuvo dolor, la idea sería una vez más de balneoterapia y dos curaciones en la habitación previas al alta. Mañana hay revista de sala y ahí se evalúa el alta. (...) Ya le sacaron la sonda urinaria y la vía. (...) Además nos cuenta que estuvo hablando por video llamada con sus hijos y eso claramente le mejora el humor. (Josefina, registro 12/11/19)

El segundo ejemplo es Fernanda, en su primera entrevista se registra: “Cuando entramos a la habitación, la paciente estaba con el celular y no quería hablar, no nos dirigía la mirada, luego fue cediendo lentamente y comentando algunos de sus malestares” (Registro 19/09/19).

Se puede vincular esta postura defensiva a lo que más atrás se planteaba de Josefina, pero en este caso en particular la paciente tenía dificultades en algunos de sus vínculos. No lograba comunicarse oportunamente con su madre, atravesó sentimientos de abandono en relación a sus amistades, y dentro de esto es importante considerar que se trata de una adolescente, donde los vínculos de sostén y sobre todo del grupo de pares juegan un papel importante. Además acarreaba antecedentes de autolesiones, que también se manifestaron en la internación, la pérdida de un familiar todavía muy reciente, y todo esto sumado a las condiciones y los dolores que el tratamiento le incorporaba. Fue fundamental el trabajo de la psicóloga, brindando un espacio de confianza, y como dicen Ayuso y Parra (1998), facilitando la comunicación ya sea verbal o escrita.

En contrapartida a su conducta en los comienzos de su estancia hospitalaria, se puede ver en el último encuentro que se dio con la paciente luego del alta, que se ha logrado establecer un vínculo. Ejemplo claro de esto es, en primer lugar, el hecho de que Fernanda haya ido abriendo su relato en las entrevistas, comunicando sus dolores, sus malestares y, en segundo lugar, que en este encuentro ella misma haya buscado la oportunidad de dialogo:

La paciente se fue de alta hace cuatro días, pero en esta oportunidad la vimos en el pasillo de los consultorios porque venía a curaciones, la saludamos y se acercó a nosotras, se detuvo a contarnos que existe la posibilidad de que la vuelvan a internar para injertar algunas partes, la psicóloga le dijo que no se preocupe que los médicos van a evaluar y ver si es necesario. Es una circunstancia importante de destacar ya que ella misma se acercó a compartir su malestar, se la notaba tranquila y abierta a compartir su situación con nosotras. (Fernanda, registro 15/10/19)

Además, un ejemplo de clara mejoría a lo largo de la internación, sobre todo en lo que respecta a salud mental, es el caso de Andrea. Esta paciente traía conflictos familiares previos a su internación, en el vínculo con su padre, y que repercutieron en esta instancia. Tanto en sus posibilidades de estar acompañada en la habitación, como en la dinámica familiar durante su tratamiento, y en sus oportunidades de sentirse contenida por vínculos de índole personal, más allá de los profesionales. Se rescata de los registros:

[Primera entrevista] Refieren que tienen dificultad para organizarse para estar con ella, porque tiene una hermanita de cinco meses, no cuentan con el papá, y los abuelos no se pueden ocupar de cuidarla en la internación. Si bien se exige un familiar 24 horas, la psicóloga les aporta una opción alternativa, que martes o jueves cuando Andrea no va a quirófano la mamá se puede volver al pueblo a ver a su bebé y la paciente quedar sola, además esos son los días en que hacemos las entrevistas de seguimiento. Pero sí sería lo óptimo que estén con ella cuando va a quirófano porque tiene que estar quieta por 48 horas. (Registro 06/06/19)

A su vez, como se ha visto anteriormente, ha experimentado grandes dolores, fluctuaciones emocionales, frustraciones y demás, que la psicóloga clínica ha ido abordando, así como el equipo en conjunto. En la última entrevista de la paciente se pueden rescatar diferentes aspectos que hablan tanto de su evolución en relación a este accidente en particular, como de cuestiones que van mucho más allá en su vida personal en general. Logros en su manera de enfrentarse a las dificultades, en la posibilidad de darle un resultado positivo a su experiencia como paciente, y específicamente una gran decisión en cuanto a su identidad. Esto habla de que a partir del acompañamiento y abordaje llevado a cabo, los resultados han sido notablemente positivos:

Fuimos primero a la sala de médicos y las doctoras nos plantean algunas problemáticas centrales: Andrea tiene que volver a la escuela y sobre todo empezar una pasantía, la doctora nos dice que cree que no tiene sentido que pierda eso por unos días más de internación, porque va a ser contraproducente para su estado de ánimo [esto es el reflejo de que la posibilidad de abordar los casos en equipo interdisciplinario favorece que las decisiones se tomen considerando la totalidad de la situación del paciente]. Cuando estuvimos en la habitación pasó el cirujano y le dijo que mañana tenían que revisarla y veían si se podía ir. Nosotras hablamos un rato largo con la paciente y nos contó que la internación le sirvió para aprender y sacar buenas cosas, saber que quienes están son la familia de su mamá, y que su papá desapareció, y que puede enfrentar los problemas de otra manera. Dice que ella antes cuando tenía alguna dificultad dejaba todo, y ahora está dispuesta a enfrentar las cosas que la vida le ponga, dice que decidió cambiarse el apellido ahora que cumple 18 años, quiere tener el apellido de su mamá, lo cual es una decisión muy importante. Ella a lo largo de la internación cuando estaba bien de ánimo hablaba con los pacientes nuevos para darles ánimo y decirles que se puede salir adelante, porque así hizo con ella V, una paciente que fue a verla apenas llegó, la psicóloga le dice que ella tiene que ser una multiplicadora de todo lo que ha aprendido con la gente cercana y favorecer la prevención. (Andrea, registro 27/06/19)

Para finalizar este apartado y con el objetivo de visualizar gráficamente lo expuesto en relación a la vinculación dolor-emociones, se presenta en la Tabla 2 una síntesis que refleja los factores emocionales presentes en cada una de las pacientes. Así como los tipos de dolor que han referido en las entrevistas, según la clasificación de Mejía-Terrazas (2014), sobre el dolor en pacientes quemados. Se marca con una X (cruz) aquello que si se ha observado en la paciente correspondiente.

Tabla 2

Referencias de dolor y emociones registradas en las pacientes seleccionadas a lo largo de su internación.

Paciente	Referencias de tipos de dolor (Mejía-Terrazas, 2014)				Manifestaciones de factores emocionales		
	En reposo	Derivado de procedi- mientos	Post- operatorio	Crónico	Miedo	Ansiedad	Depresión
Sandra	X	X			X		X
Gloria		X			X	X	X
Andrea		X	X		X	X	X
Valeria			X	X		X	
Natalia		X	X		X	X	X
Fernanda	X	X				X	X
Josefina	X	X	X	X		X	X

CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES

En este Trabajo Integrador Final se propuso, como objetivo general, analizar los factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras. En función del análisis realizado, en base al discurso de siete pacientes, se puede arribar a algunas conclusiones que se desarrollan en el presente apartado.

Las siete pacientes seleccionadas, es decir el 100% de los casos, han manifestado dolor a lo largo de su internación en el Servicio de Quemados del Hospital Córdoba. Esto indica que, particularmente en personas que han sufrido quemaduras y que se enfrentan a un tratamiento en internación para lograr su recuperación, el dolor juega un papel clave y a considerar a la hora de pensar un abordaje. Coincidiendo con lo que enuncian los autores que se han consultado en relación a esta temática.

Los momentos en los que más malestares demostraron y describieron las pacientes fueron luego de los diversos procedimientos y de las intervenciones quirúrgicas. De hecho, todas ellas han hecho alguna referencia a esto en sus entrevistas. Por lo tanto, se puede concluir que el dolor derivado de procedimientos y el dolor posoperatorio son los que centralmente se debe atender y planear estrategias de manejo del dolor, evitando mayores consecuencias desagradables.

A continuación se propone, a los fines prácticos, pensar los resultados en relación a los factores emocionales en términos numéricos, rescatando algunos porcentajes obtenidos a partir del análisis desarrollado, arribando a los siguientes datos:

Las siete pacientes, el 100% de los casos, han manifestado o presentado indicadores vinculados a alguno de los tres factores emocionales elegidos: miedo, ansiedad y depresión. Cuatro de ellas han expresado miedo, correspondiente al 57,14% de casos; seis de las pacientes ansiedad, lo que corresponde al 85,71% de los casos; y seis de ellas han manifestado depresión, igualmente correspondiente al 85,71%. Por lo que, entre los seleccionados, ansiedad y depresión serían los de mayor predominancia. Es importante destacar también que tres pacientes han manifestado dos factores emocionales a lo largo de su internación, lo que corresponde al 42,85% de casos; y en otras tres pacientes se han observado los tres factores emocionales, siendo también el 42,85%.

En particular para este trabajo resulta relevante considerar la aparición conjunta de dolor y emociones. En función de la sistematización de los registros se pudo constatar que en cada oportunidad que las pacientes han expresado dolor en la entrevista, también se han observado indicadores de algún factor emocional. A su vez, en cada relato vinculado a un episodio doloroso en días previos a la entrevista, también han referido malestares asociados al componente emocional negativo en su experiencia. Lo que permite visualizar la ocurrencia conjunta e interdependiente del dolor y las emociones, funcionando como partes de una experiencia dolorosa compleja.

Todo lo planteado y analizado en base a la experiencia de prácticas profesionales llevadas a cabo en el Hospital Córdoba, desde el acompañamiento a las pacientes quemadas durante su recuperación, permitió observar lo que proponen los autores citados a lo largo de este trabajo. El dolor efectivamente es una experiencia subjetiva, que excede lo meramente biológico y tiene una gran vinculación con la salud mental de la persona. Tanto en la forma en que puede llegar a vivenciarse por las diferentes características de personalidad, antecedentes, experiencias previas y herramientas personales de cada sujeto; como en el impacto consecuente que puede tener el dolor en su estado mental actual y futuro.

Es por esto que puede inferirse que el rol del psicólogo clínico es necesario en el abordaje de una persona que experimenta gran dolor, y especialmente en el paciente quemado. Ya que esta vivencia es potencialmente traumática, incapacitante y puede alterar notablemente el continuum de la vida de la persona, por las características de este tipo de trauma físico. En todos los casos analizados se ha observado la efectividad del trabajo de la psicóloga encargada del servicio, pudiéndose ver los efectos positivos de sus intervenciones y acompañamiento.

Actualmente existe bibliografía que permite comprender el dolor en general y las particularidades en algunas patologías o cuadros. Pero el dolor en el paciente quemado es un ámbito específico del que no se conoce en demasía, y que además involucra gran cantidad de variables vivenciales sumamente relacionadas al campo de trabajo de la psicología.

Este trabajo no busca generalizar los hallazgos ni ser concluyente en absoluto -ya que se basa sólo en siete casos- sino que a partir del mismo se abren algunos interrogantes en relación a la salud mental del paciente quemado y las posibles intervenciones que los profesionales de esta área podrían tener. Pudo observarse, que el rol en sí mismo del psicólogo clínico en el seguimiento y abordaje de un paciente durante su internación tampoco está totalmente definido, sino más bien aún en construcción. Surgen desde aquí inquietudes como: ¿Qué otras emociones

se presentan en los pacientes quemados? ¿Varían éstas en función del tipo o de la causa de la quemadura? ¿Cuáles son los pensamientos que se detonan con más frecuencia? ¿Cómo sería el abordaje ideal del paciente quemado? ¿Se podría pensar uno? ¿Qué relevancia le adjudican los pacientes a la figura del psicólogo?

A su vez, se encuentran en este trabajo algunas limitaciones, que en otras oportunidades se podrían tener en cuenta para enriquecer los conocimientos sobre esta temática. En primer lugar, como se ha dicho, el análisis se realizó en base a siete casos. Además, se trata de pacientes de género femenino en su totalidad, por lo que sería interesante contrastar las experiencias de pacientes con identidades de género diversas. Por otro lado, las edades de las pacientes se encuentran entre los 17 y los 61 años, un abanico muy amplio considerando las etapas evolutivas del ser humano. Por lo que sería enriquecedor poder evaluar de forma más acabada las diferencias en las vivencias de pacientes de distintas edades, comparando adolescentes, adultos, adultos mayores. Y por último, considerar que el seguimiento en la internación se dio en función de los tiempos que se disponen para el rol de practicante, pudiendo entrevistar más a algunas pacientes que a otras, lo que claramente influye en la cantidad de información recabada y disponible para el análisis.

En función de esta experiencia, se pueden destacar algunos puntos importantes para el trabajo del psicólogo en este espacio o rol específico. En primer lugar, la posibilidad de que se designe un profesional en particular para el servicio de quemados, que conforme el equipo tratante. Esto beneficiaría el conocimiento de los profesionales entre sí, estableciendo vínculos de trabajo más funcionales. Además, considerando que los pacientes quemados permanecen internados por tiempos prolongados se potenciaría la alianza -herramienta clave para que el abordaje sea efectivo- y que el paciente no requiera reiniciar una relación con un profesional diferente perdiendo la línea de trabajo y los logros alcanzados.

Además, la inserción del psicólogo dentro del servicio tiene resultados visiblemente positivos, en contrapartida al abordaje bajo la modalidad estricta de interconsultas, donde los médicos solicitan la intervención del psicólogo en momentos específicos. Esto permite pensar un abordaje desde la prevención, en primera instancia, que como se ha visto en los resultados de este trabajo es lo más favorable para las personas internadas. La posibilidad de tener espacios de reunión semanales entre los profesionales que abordan un caso, brinda la oportunidad de considerar los puntos de vista que las otras disciplinas tienen sobre la situación del paciente, tomando decisiones y estableciendo objetivos en conjunto, logrando así una mejor evolución.

Otro de los puntos que cabe destacar, es la importancia de incorporar la figura del psicólogo en el acompañamiento y asistencia de pacientes en internaciones prolongadas, tanto en el servicio de quemados como en otros servicios del hospital. En este contexto, el seguimiento frecuente de una persona que debe permanecer un tiempo considerable en una institución de salud, con abordajes aún más efectivos, contribuiría con el logro de resultados positivos, internaciones incluso más cortas y menores consecuencias en la salud mental de los pacientes.

Para finalizar, cabe destacar que la experiencia como practicante en un hospital polivalente, y particularmente en el Servicio de Quemados, permite apreciar la diversidad de lugares donde el profesional psicólogo puede y debería participar. Además, permite constatar que el trabajo en equipos conformados por profesionales de diferentes áreas beneficia notablemente al paciente, nutriendo a cada miembro del equipo de los saberes que pueden proporcionarse mutuamente. Esto, en definitiva, logra una visión integral de la persona en tratamiento, con todos los efectos positivos que esto acarrea.

REFERENCIAS

- Alcázar-Gabás, M., Fidalgo-Pamplona, M.P., Laplana-Miguel, O. (2014). Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 40(2), 159-169.
- Ayuso, D., Parra, M.L. (1998). Cuidados de enfermería al paciente con traumatismo térmico severo. En Lorente, J. A., Esteban, A. *Cuidados Intensivos del paciente quemado*. (pp. 539-549). Barcelona: Springer – Verlag Ibérica.
- Barraco, L. Á. (2018). Salud mental: el poder médico-psiquiátrico reconfigura su hegemonía. *Revista Heterotopías del Área de Estudios del Discurso de FFyH*, 1(1), 191-199.
- Bazako, E. (2003). Capítulo 21: Intervención psicológica en una unidad de dolor. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla, *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. (pp. 569-590). España: Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Bushnell, M. C., Apkarian, A. V. (2007). Capítulo 6. Representación del dolor en el cerebro. En S. B. McMahon y M. Koltzenburg (Eds.), *Wall y Melzack. Tratado del dolor*. (pp. 107- 124). Madrid: Elsevier España S.A.
- Cano García, F., Martínez Valero, C., Merayo Alonso, L. (2009). Capítulo 8. Sesión grupal 7: Manejo de emociones y asertividad. En J. Moix y F. M. Kovacs, *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. (pp. 95-106). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Carapia-Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G. E., Nacif-Gobera, L., Hernández-Ordóñez, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263.
- Carrillo Esper, R., Peña Pérez, C. A., De la Torre León, T., Espinoza de los Monteros Estrada, I., Rosales Gutiérrez, A. O., Nava López, J. A. (2014). Estado actual sobre el abordaje y manejo del enfermo quemado. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 28(1), 32-45.

- Chóliz Montañés, M. (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional-afectiva. *Ansiedad y Estrés*, 0, 77-88.
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2016). *Código de ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba*. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0Bx2jrymF9lORMmxlRUytYjFrdmMyM1lQYzNTdjhTM1pROXRZ/view>
- Craig, K. D. (2007). Capítulo 14. Emociones y psicobiología. En S. B. McMahon y M. Koltzenburg (Eds.), *Wall y Melzack. Tratado del dolor*. (pp. 233- 242). Madrid: Elsevier España S.A.
- Dahl, J. B., Kehlet, H. (2007). Capítulo 42. Dolor postoperatorio y su tratamiento. En S. B. McMahon y M. Koltzenburg (Eds.), *Wall y Melzack. Tratado del dolor*. (pp. 653- 670). Madrid: Elsevier España S.A.
- Esqueda-Dorantes, Y. (2016). Manejo del dolor en el paciente quemado. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(1), 139-144.
- Fernández, M. (2016, Diciembre 16). Cambiaron los directores de los hospitales Córdoba, San Roque y De Niños. *La Voz*. Recuperado de: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/cambiaron-los-directores-de-los-hospitales-cordoba-san-roque-y-de-ninos>
- Fernández-Vega Barreto, F. L., Puebla Farigola, I., Carrillo Vázquez, L. (2015). Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura. *Multimed*, 19(1), 11-24.
- González Aguirre, A. (2012). Regreso a la Democracia (1983-1989). En A. González Aguirre, *Tejiendo tramas de la memoria. Aportes a la construcción de la identidad del colectivo de psicólogos de Córdoba (Hasta 1994)* (pp. 169- 196). Córdoba Capital: Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.
- González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617.
- Herndon, D, N. (2009). *Tratamiento integral de las quemaduras*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Ibáñez, I. R. (2011). *Urgencias en quemaduras*. Buenos Aires: Edimed- Ediciones Medicas SRL.

- Jara Holliday, O. (2011). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. Pp. 1-17. Recuperado de: http://www.kaidara.org/upload/246/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf
- Lagache, D. (1949/1982). Psicología clínica y método clínico. En D. Lagache, *Obras III: De la homosexualidad a los celos. Psicología y método clínicos. Otros estudios.* (pp. 141-156). Buenos Aires: Paidós.
- Larrea, A., Ávila, Á., Raddatz, M. (2015). Manejo del dolor en pacientes quemados. *Revista Chilena de Anestesia*, 44, 78-95.
- Lazzarini, N. (2019, Marzo 7). La historia clínica electrónica debuta en cinco hospitales. *La Voz*. Recuperado de: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/historia-clinica-electronica-debuta-en-cinco-hospitales>
- Ley N° 7.106. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina, 27 de Septiembre de 1984.
- Ley N° 26.529. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 20 de Noviembre de 2009.
- Ley N° 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.
- Mejía-Terrazas, G. (2014). Manejo del dolor en el paciente quemado. *Revista mexicana de anestesiología*, 37(1), 235-237.
- Melzack, R., Katz, J. (2007). Capítulo 18. Evaluación del dolor en pacientes adultos. En S. B. McMahon y M. Koltzenburg (Eds.), *Wall y Melzack. Tratado del dolor.* (pp. 295- 308). Madrid: Elsevier España S.A.
- Meyer, R. A., Ringkamp, M., Campbell, J. N., Raja, S.N. (2007). Capítulo 1. Mecanismos periféricos de la nocicepción cutánea. En S. B. McMahon y M. Koltzenburg (Eds.), *Wall y Melzack. Tratado del dolor.* (pp. 3- 34). Madrid: Elsevier España S.A.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica.* España: Editorial Desclée de Brouwer S.A.

- Moix Queraltó, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología, Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia*, 36(1), 37-60.
- Olivares Crespo, M. E., Cruzado Rodríguez, J. A. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*, 19(3). 321-341.
- Ortega Ruiz, V., Cabrera Cabrera, J. S. (2012). *La ansiedad y depresión en los pacientes que sufren quemaduras y acuden a la Unidad de Quemados y Cirugía reconstructiva del Hospital General Isidro Ayora. Período Diciembre 2010 – Julio 2011*. (Tesis de Psicología Clínica). Recuperado de: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6337>
- Pacheco, M. (2015, Octubre 7). Córdoba se mueve por el derecho a la salud mental. *Marcha*. Recuperado de: <http://www.marcha.org.ar/cordoba-se-mueve-por-el-derecho-a-la-salud-mental/>
- Pellanda, R., Garibotti, J., Iudicello, P., Juaneda, J., Quintana, R. (Comisión de redacción) (2001). *Historia del Hospital Córdoba. Año 1950-2000, 50° Aniversario*. Córdoba, Argentina: Gráfica Lumen.
- Pérez-Castañeda, J. T., (2012). Fisiopatología del dolor agudo: alteraciones cardiovasculares, respiratorias y de otros sistemas y órganos. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 11(1), 19-26.
- Plata-Muñoz, M. E., Castillo-Olivares, M. E., Guevara-López, U. M. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27(1). 16-23.
- Poggi Machuca, L., Ibarra Chirinos, O. (2007). Manejo del dolor agudo pos quirúrgico. *Acta Médica Peruana*, 24(2), 109-115.
- Redacción. (2016, Septiembre 1). Sección #MundoPsy: Córdoba vuelve a manifestarse por el derecho a la salud mental. *Comercio y Justicia*. Recuperado de: <https://comercioyjusticia.info/blog/mundopsy/cordoba-vuelve-a-manifestarse-por-el-derecho-a-la-salud-mental/>
- Rinaldi, G. (2001). *Prevención psicosomática del paciente quirúrgico. Causas y consecuencias del impacto psicobiológico de una cirugía*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.

- Saino, M. (2013). Primeras Jornadas Internacionales de Manejo Multidisciplinario al Paciente Quemado. La Paz, Bolivia.
- Sánchez Herrera, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan*, 3(1), 32-41
- Sierra, J. C., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Stagnaro, J. (2006). Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. *FRENIA*, 6, 7-37.
- Vilas, L. A., Lima Mompó, G., Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P., Casanova Carrillo, C. (2003). Enfoque psicológico y fisiológico del dolor agudo. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 32(3), 197-203.
- Yuni, J. A., Urbano, C. A., (2006) *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación. Volumen 2*. Córdoba: Brujas.